

Febre Maculosa: Transmissão, Sintomas, Diagnóstico e Impacto Ambiental - Um Repensar para a Saúde Planetária

Rocky Mountain Spotted Fever: Transmission, Symptoms, Diagnosis, and Environmental Impact - Rethinking Planetary Health

Fiebre de las Montañas Rocosas: Transmisión, Síntomas, Diagnóstico e Impacto Ambiental - Repensando la Salud Planetaria

Iel Marciano de Moraes Filho¹, Luís Eduardo Pacifici Rangel², Ellen Tanus Rangel³,
Guilherme Barbosa de Souza⁴, Giovana Galvão Tavares⁵

Como citar: Moraes-Filho IM, Rangel LEP, Range ET, Souza GB, Tavares GG. Febre Maculosa: Transmissão, Sintomas, Diagnóstico e Impacto Ambiental - Um Repensar para a Saúde Planetária. REVISA.2023;12(4): 734-7. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p734a737>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

2. Ministério da Agricultura. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0003-1032-1561>

3. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0008-8458-896X>

4. Instituto de Neurologia de Goiânia. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7975-3571>

5. Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5959-2897>

Recebido: 23/07/2023
Aprovado: 19/09/2023

A Febre Maculosa (FM) é uma doença infecciosa transmitida por carrapatos, que afeta tanto seres humanos como outros animais. Essa enfermidade foi descrita nos Estados Unidos da América pela primeira vez no ano de 1909. No Brasil, a FM foi relatada em 1929, quando apareceram os primeiros casos diagnosticados. Seu hospedeiro, o carrapato estrela (*Amblyomma ovale*), é contaminado pela bactéria do gênero *Rickettsia rickettsii*.¹

A sintomatologia apresentada pelo paciente se baseia em: febre, dor de cabeça intensa, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, dor muscular constante, inchaço e vermelhidão nas palmas das mãos e sola dos pés, gangrena nos dedos e orelhas, paralisia dos membros que inicia nas pernas e vai ascendendo até os pulmões causando paragem respiratória.²

Os testes laboratoriais mais indicados para diagnóstico específico da FM são: reação de imunofluorescência indireta (RIFI), exame de imuno-histoquímica (IHQ), técnicas de biologia molecular – reação em cadeia da polimerase (PCR), isolamento da bactéria e testes laboratoriais. Já para o diagnóstico inespecífico e complementares são: o hemograma completo (a anemia e a plaquetopenia são achados comuns e auxiliam na suspeita diagnóstica e os leucócitos podem apresentar desvio à esquerda) e dosagem enzimáticas de (creatinquinase (CK), desidrogenase lática (LDH), aminotransferases (ALT/TGP e AST/TGO) e bilirrubinas (BT) estão geralmente aumentadas).³

É imprescindível destacar que há fatores que dificultam a detecção e o diagnóstico preciso e oportuno, pois estão em similitude diante de sinais e sintomas de outras patologias de prevalência comum, tais como: a leptospirose, a dengue, as hepatites virais, a salmonelose, a encefalite, a malária, a meningite, o sarampo, o lúpus e a pneumonia, principalmente durante os primeiros dias de acometimento.⁴

O tratamento é essencial para evitar formas mais graves da doença e até mesmo a morte da pessoa, substancialmente e de fundamental importância que, ao surgirem os primeiros sintomas, os acometidos procurem uma unidade de saúde mais próxima de sua casa para uma avaliação médica. O tratamento é feito com antibiótico específico, a terapêutica é empregada por um período de 7 dias, devendo ser mantida por 3 dias, após o término da febre. A falta ou demora no tratamento da doença pode piorar o caso podendo levar ao óbito.²

Numa perspectiva planetária, o aumento dos casos de FM está associado ao desequilíbrio ambiental, consistindo na destruição de habitats naturais, na fragmentação de ecossistemas e, eventualmente, nas mudanças climáticas, que podem afetar a população de carrapatos e seus hospedeiros. Por exemplo, o desmatamento pode levar ao deslocamento de animais que são hospedeiros dos carrapatos, aumentando a chance de contato entre carrapatos infectados e seres humanos.

No Brasil, os casos de FM são reincidentes e vem ocorrendo com maior frequência na região de Campinas e Piracicaba. Em 2002, o caso da morte de uma criança na região do Campus da Universidade de São Paulo (USP) na Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz" (ESALQ) fez com que pesquisadores desenvolvessem estratégias para a redução do vetor com manejo da pastagem e uso de agrotóxicos. Essa intervenção contou com um amplo debate sobre as causas dos surtos e como conter as infecções. Entre elas, estava o controle da população de capivaras com apresentação de planos de manejo ao Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA).⁵

Além disso, a dificuldade de implementar as medidas com anuência dos órgãos ambientais, trouxe a necessidade de intermediação do Ministério Público. Só em 2005, o uso de produtos químicos foi autorizado de maneira excepcional e temporária pelo Governo Federal, através do Ministério da Agricultura, pois a ação foi considerada estratégica e fundamental para a redução dos casos.⁶

Ademais os agrotóxicos podem ser produtos químicos ou biológicos que controlam pragas nas lavouras. Assim a autorização excepcional nesse caso se deu, porque o carrapato não é uma praga das pastagens e sim um vetor de doenças humanas, mas que se alojam na grama e em outras espécies de pastagem por onde circulam seus hospedeiros preferenciais, as capivaras.⁶

A recorrência de mortes se deve de fato ao desequilíbrio populacional das capivaras e à proliferação descontrolada dos carrapatos e, portanto, a redução dos casos deve considerar o controle de uma dessas populações.⁷

Além disso, as mudanças climáticas podem afetar a distribuição geográfica dos carrapatos, permitindo que eles se estabeleçam em áreas anteriormente não habitadas. Logo a temperatura e a umidade também desempenham um papel importante na sobrevivência e atividade dos carrapatos, influenciando sua capacidade de se reproduzir e transmitir doenças.

Para mitigar tais problemas, é de fundamental importância estudar soluções ancoradas em abordagens integradoras que considerem os aspectos ecológicos, sociais e ambientais envolvidos. Isso inclui a promoção da conservação dos habitats naturais, a implementação de estratégias de controle de carrapatos, a educação sobre medidas de prevenção e a vigilância epidemiológica para detecção precoce dos casos no intuito de prevenir surtos.⁸

Nesse âmbito, destaca-se a saúde planetária que em seu campo de estudo reconhece a interconexão entre a saúde humana, a saúde animal e a saúde ambiental. Pautando no pressuposto que o desequilíbrio ambiental, inclui-se a perda de biodiversidade e as mudanças ambientais induzidas pelo ser humano, podendo afetar negativamente a saúde de todos os sistemas.⁹ Não obstante, a FM é apenas um exemplo das muitas doenças infecciosas cuja prevalência e transmissão podem ser afetadas por impactos ambientais.

Muitas vezes, a percepção de risco da população para o uso de intervenções químicas ou mesmo de controle populacional precisam de uma abordagem mais científica sobre os benefícios das medidas. A ocupação antrópica e o desequilíbrio ambiental precisam ser encarados como um fato presente. Logo a implementação de medidas de curto prazo é essencial para

reduzir a pressão da disseminação da doença associadas a planos estruturados de recomposição ecológica do território que necessitam ser aplicadas para evitar mortes.

De acordo com a PORTARIA Nº 264, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020 do Ministério da Saúde do (BR), todo caso de FM é de notificação compulsória. Assim as autoridades locais de saúde devem iniciar a investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação, avaliando a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes.¹⁰

No entanto, é de fundamental importância que o profissional de saúde faça uma avaliação sintomatológica, precisa, ponderando os sinais, os sintomas, a localidade de residência e se o acometido esteve em locais de mata, florestas, fazendas, trilhas ecológicas, onde possa ter sido picado por um carrapato.²

Por fim, é de extrema necessidade a promoção do letramento ambiental que se apresenta enquanto possibilidade de leitura de mundo, reconhecendo que este movimento antecede a leitura da palavra e que ambos necessitam estar em dialogicidade.¹¹

Logo os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS), que no Brasil são expressos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), operacionalizados por Equipes de Saúde da Família, podem ajudar a população, de modo que suas ações de saúde sejam implementadas de maneira integral e centradas na pessoa, com vistas à prevenção e promoção da saúde que impulsionem a qualidade de vida da população assistida de forma individual e coletiva.¹²

Nesse contexto, é essencial que os profissionais da saúde atuantes nas APS aprimorem suas práticas profissionais, indo além da capacidade técnica, de modo que sejam capazes de desenvolver aspectos éticos e humanísticos, permitindo a identificação, o diálogo e a preparação das populações em risco e vulnerabilidade para eventos locais que causem transtornos coletivos, como é o caso da FM.^{13,14}

Isso se justifica, pois eles desempenham um papel crucial na promoção da saúde planetária, capacitando e orientando a população sobre os impactos da atividade humana no meio ambiente e na saúde, contribuindo para a adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis e promovendo a resiliência das comunidades diante dos desafios globais^{13,15}

Ademais, pode-se promover, assim, ações que abordem desde a importância da conservação do meio ambiente até a implementação de estratégias de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente^{12,13,15}, como a FM aqui destacada.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Gava MZ, Braga FB, Langoni, H. Aspectos etioepidemiológicos da febre maculosa brasileira: Revisão sistemática. *Vet. e Zootec.* 2022;29:001-020.
2. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Febre Maculosa. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Distrito Federal; [12 de set. de 23]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/febre-maculosa>.
3. Faccini-Martínez ÁA, Oliveira S de V, Cerutti Junior C, Labruna MB. Febre Maculosa por *Rickettsia parkeri* no Brasil: condutas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento. *J. Health Biol Sci.* 2018; 6(3): 299-312
4. Ministério da Saúde do Brasil. Febre Maculosa. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil; [12 de set. de 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa#:~:text=solas%20dos%20p%C3%A9s,-Diagn%C3%B3stico,%2C%20sarampo%2C%20I%C3%BApus%20e%20pneumonia>
5. Universidade de São Paulo. Prevenção da incidência da febre maculosa brasileira em Piracicaba. [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; [12 de set. de 23]. Disponível em: <https://prg.usp.br/prevencao-da-incidencia-da-febre-maculosa-brasileira-em-piracicaba/>.
6. Instituto Brasília Ambiental (IBRAM). Capivaras e a febre maculosa brasileira. [Internet]. Brasília (DF): Instituto Brasília Ambiental (IBRAM); [data de acesso]. Disponível em: <https://www.ibram.df.gov.br/capivaras-e-a-febre-maculosa-brasileira/>.
7. Meira AM de Cooper M, Ferraz KMPM de B, Monti J de A, Caraméz RB, Delitti WBC. Febre maculosa: dinâmica da doença, hospedeiros e vetores. 1ed. Piracicaba: ESALQ; 2013.
8. Alho CJR. Importância da biodiversidade para a saúde humana: uma perspectiva ecológica. *Estud av* [Internet]. 2012;26(74):151-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142012000100011>
9. Campello LGB, Lima R de D, Uchôa-fernandes TFN. Tutela do Meio Ambiente e Emergência de Novos Princípios no Antropoceno. *Revista Catalana de Dret Ambiental.* 2022; 13:1-39. Doi: <https://doi.org/10.17345/rcda3167>
10. Portaria n. 264 de 17 de fevereiro de 2020 (BR). Altera a Portaria de Consolidação n. 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 19 fev 2020 [citado 13 fev 2023]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656>
11. Souza AQ. Letramento ambiental no contexto formativo do projeto cirandar: entre cartas, diários e relatos que registram a experiência docente [Mestrado em Educação Ambiental]- Universidade Federal do Rio Grande. 2019.
12. Moraes-Filho IM, Tavares GG. Aprimorando a saúde planetária através da Atenção Primária à Saúde: Possibilidades de implementação. *REVISA.* 2023;12(3):439-42. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p439a442>
13. Rocha da R A. Saúde bucal defendendo uma saúde planetária: relato reflexivo. *Rev. ABENO* [Internet]. 2022;22(2):1684. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1684>
14. Usevicius PMA, Tavares GG. Educação Ambiental e escolas médicas: estudo documental dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina do Centro-Oeste brasileiro (2020). *Rev. Br. Ed. Amb.* [Internet]. 2022;17(2):491-506. doi: <https://doi.org/10.34024/revbea.2022.v17.12160>
15. Silva NC, Andrade CS. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. *Trab educ saúde* [Internet]. 2013;11(1):113-28. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000100007>.

Autor de Correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.
Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP: 70390-130.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

Intervenção de enfermagem frente ao paciente de hemodiálise

Nursing intervention in front of hemodialysis patients

Intervención de enfermería frente a pacientes en hemodiálises

Roberta Graziella Pereira da Costa Araújo de Almeida¹, Magali Hiromi Takashi², Arynne Mércia Soares Rodrigues Lucena³, Kallyne Vieira Lopes⁴, Francisco de Paula Lima Neto⁵

Como citar: Almeida RGPCA, Takashi MH, Lucena AMSR, Lopes KV, Neto FPL. Intervenção de enfermagem frente ao paciente de hemodiálise. 2023; 12(4): 747-56. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p747a756>

REVISA

1. Hospital Pediátrico Unimed. João Pessoa, Paraíba, Brasil
<https://orcid.org/0009-0009-3265-9188>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>

3. Hospital Napoleão Laureano. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4729-052X>

4. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0005-8879-2054>

5. Hospital de Guarnição de João Pessoa - Exército Brasileiro Ministério da Defesa. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0009-3886-3788>

Recebido: 17/07/2023
Aprovado: 15/09/2023

RESUMO

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise. **Método:** Trata-se de um artigo de revisão integrativa realizado por meio da análise de 10 artigos científicos Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americano do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). **Resultados:** O enfermeiro é o responsável pela avaliação e manutenção dos acessos em hemodiálise, à interpretação de exames laboratoriais e também, pela tomada de decisões juntamente com a equipe médica, além de ser capaz de prevenir, identificar e tratar complicações apresentadas pelos pacientes antes, durante e após o procedimento. **Conclusão:** Em suma, essa pesquisa é importante porque fornece subsídios, conscientizar a equipe responsável pelo tratamento hemodialítico, avalia as necessidades e a importância da qualidade de vida do paciente, em fazer hemodiálise e fornecer a eles métodos otimizados desta forma de tratamento.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Identify the nursing interventions provided to patients undergoing hemodialysis. **Method:** This is an integrative review article carried out through the analysis of 10 scientific articles Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (VHL), in the databases Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Electronic Library Base de Nursing Data (BDENF) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). **Results:** The nurse is responsible for evaluating and maintaining hemodialysis accesses, interpreting laboratory tests and also for making decisions together with the medical team, in addition to to be able to prevent, identify and treat complications presented by patients before, during and after the procedure. **Conclusion:** In short, this research is important because it provides subsidies, makes the team responsible for hemodialysis aware, evaluates the needs and importance of the patient's quality of life, in undergoing hemodialysis and provides them with optimized methods of this form of treatment.

Descriptors: Chronic Kidney Failure; Hemodialysis; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las intervenciones de enfermería proporcionadas a pacientes sometidos a hemodiálisis. **Método:** Se trata de un artículo de revisión integradora realizado a través del análisis de 10 artículos científicos del Portal de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), en las bases de datos Literatura Latinoamericana del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Biblioteca Electrónica de Base de Datos de Enfermería (BDENF) y Biblioteca Científica Electrónica en Línea (SCIELO). **Resultados:** El enfermero es responsable de la evaluación y mantenimiento de los accesos de hemodiálisis, la interpretación de las pruebas de laboratorio y también de la toma de decisiones junto con el equipo médico, además de poder prevenir, identificar y tratar las complicaciones presentadas por los pacientes antes, durante y después del procedimiento. **Conclusión:** En definitiva, esta investigación es importante porque proporciona subvenciones, sensibiliza al equipo responsable de la hemodiálisis, evalúa las necesidades y la importancia de la calidad de vida del paciente en la hemodiálisis y le proporciona métodos optimizados de esta forma de tratamiento.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Hemodiálisis; Enfermería.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é definida como a deterioração progressiva e irreversível da função renal, a incapacidade do organismo de manter a homeostase metabólica e da eletrólise da água, resultando em retenção de ureia levando à uremia e acúmulo de produtos nitrogenados no sangue. Os rins fazem a filtração de cerca de 180 litros de plasma sanguíneo por dia, o que corresponde a uma fração filtrada de aproximadamente 15% do fluxo plasmático renal e 20% do débito cardíaco. Considerando que o rim adulto médio possui 1 milhão de glomérulos, essa filtração glomerular corresponde a um valor entre 90 e 140 ml/min, que é a soma de cada filtração glomerular¹.

A DRC afeta aproximadamente 850 milhões de pessoas atualmente em todo o mundo, aumenta os desfechos negativos e estima-se que seja a segunda principal causa de morte ano em 2040².

A hemodiálise é o método mais empregado no Brasil para o tratamento da DRC, que é uma alteração heterogênea que afeta tanto a estrutura quanto a função renal, tendo a deficiência de calorias de diversos nutrientes essenciais³.

Sendo assim, o cuidado de enfermagem prestado a pacientes que realizam hemodiálise, requer conhecimentos científicos, habilidades psicomotoras e a utilização de materiais adequados. Este cuidado, quando bem realizado, favorecerá uma melhor recuperação e um retorno mais rápido ao convívio familiar⁴.

Ressalta do autor supracitado, que o cuidado com paciente é sempre um desafio para a enfermagem, pois envolve habilidades de observação e detecção precoce de sinais e sintomas de complicações e, principalmente, favorece a intervenção imediata; desta forma, é necessária a realização de treinamentos constantes para a equipe de enfermagem⁴.

Dentro das perspectivas do tema tendo como questão norteadora: Quais as intervenções de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise?

A relevância deste estudo está na possibilidade de levantar dados que possam fundamentar cada vez mais a prática do enfermeiro no exercício de sua profissão, por meio de uma abordagem diferenciada ao paciente, uma vez que, o enfermeiro tem um papel fundamental a Assistência de Enfermagem considerando a sua formação gerencial tanto na graduação como em seu campo de prática.

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir e somar esforços para a melhoria da assistência de enfermagem ao paciente que realiza hemodiálise, como também, um maior suporte na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes em unidade de hospitalar.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de elaborar estudos que colaborem com a disseminação do conhecimento acerca do tema proposto, que surgiu a partir da vivência em ambiente hospitalar e observou que muitas vezes a equipe de enfermagem apresentava algumas dificuldades para prestar uma assistência de qualidade, não estabelecendo um relacionamento interpessoal com o paciente, trazendo a esses profissionais um sentimento de medo e angústia que acaba interferindo na sua atuação.

Nesse sentido, objetivo do estudo foi identificar as intervenções de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise.

Método

Para alcançar o objetivo proposto nesse estudo foi utilizada uma revisão integrativa, essa revisão propõe uma síntese dos resultados com construção de análise ampla da literatura contribuindo para discursão sobre método e resultado, assim como reflexão sobre realizações de futuras pesquisas⁵.

Para construção de uma revisão integrativa deve adotar paradigmas de rigor metodológico, os quais permitirão ao leitor identificar as características dos estudos avaliados e proporcionar elementos para o progresso científico. Nesse sentido, para construção dessa pesquisa foi seguido seis fases distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídos dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁵.

Para a condução da revisão foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes que realizam hemodiálise?

Foi realizado um levantamento de publicações científicas por meio da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) nas bases de dados Literatura Latino-Americano do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Com os seguintes descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Insuficiência Renal Crônica AND Hemodiálise AND Enfermagem.

Foram encontrados no cruzamento das palavras chaves 1.659 (um mil seiscentos e cinquenta e nove) artigos, no entanto, foram reduzidos para 20 (vinte) artigos que apresentaram conteúdo semelhante ao contexto e apenas 10 (dez) ficaram para amostras atendiam aos critérios de inclusão e a questão norteadora.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com resumos e textos na íntegra disponíveis on-line e gratuitos, publicados entre os anos de 2017 e 2022, artigos nacionais, os quais focalizassem aspectos relacionados às intervenções de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise.

Critério de exclusão: foram excluídos artigos que fugirem da temática, que não estavam na íntegra e artigos publicados fora do período estabelecido.

Após a escolha destes artigos foram extraídas as seguintes informações: autores, ano de publicação, periódico de publicação, base de dados. As análises críticas dos achados deram-se por meio do agrupamento dos artigos de acordo com as semelhanças na abordagem da temática.

Resultados

Caracterização do Estudo

Na presente revisão integrativa da literatura foram encontrados no cruzamento das palavras 1.659 (um mil seiscentos e cinquenta e nove) artigos, no entanto, foram reduzidos para 20 (vinte) artigos que apresentaram conteúdo semelhante ao contexto e apenas 10 (dez) ficaram para amostras atendiam aos critérios de inclusão e a questão norteadora.

Estes artigos foram analisados quanto ao Ano, Período, Tipo de Estudo, como mostram os quadros a seguir nos quadros 1, 2, 3.

A partir das publicações selecionadas, buscou-se realizar uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática, a fim de identificar quais as intervenções de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise.

Quadro 1- Ilustração do número de artigos de acordo com o ano de publicação.

Ano de Publicação	2017	2018	2019	2020	2021
Número de Artigos	01	02	03	01	03

Evidenciou-se que nos anos de 2017 e 2022 foi publicado um artigo relacionado ao tema, no ano de 2018 foram publicados dois artigos neste ano, em 2019 e 2021 com maior número de artigos publicados, três artigos em cada ano. No quadro 1 é ilustrado o número de artigos de acordo com o ano de publicação.

No quadro 2 são apresentadas as características dos artigos da amostra quanto aos periódicos de publicação.

Quadro 2- Ilustração do número de artigos de acordo com o periódico

Periódicos de Publicação	Número
Rev Gaúcha Enferm	01
J. res.: fundam. care	02
Revista de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro	02
Rev Esc Enferm USP	01
Texto Contexto Enferm	01
Journal Health NPEPS.	01
REVISA	01
Research, Society and Development	01

Dos artigos incluídos na revisão integrativa destacaram-se periódicos importantes na área da saúde: Rev Gaúcha Enferm; Rev Esc Enferm USP; Texto Contexto Enferm.; Journal Health NPEPS; REVISA; Research, Society and Development. cada revista com 01 (7,69%) artigo publicado e as revistas: Revista de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro; J. res.: fundam. Care com 02 (15,38%) artigos publicados cada.

Quadro 3 - Ilustração do número de artigos de acordo com o tipo de estudo.

Tipo de Estudo	Quantidade
Qualitativo, descritivo, exploratório	07
Relato de experiência	01
Revisão integrativa da literatura	02

No que se refere ao tipo de estudo, foi observado que nos estudos analisados o tipo de estudo foi: Qualitativo, descritivo, exploratório 08 (53,83%), Relato de experiência 01 (7,69%) e revisão integrativa da literatura - 02 (15,38%).

A partir das publicações selecionadas, buscou-se realizar uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática, a fim de identificar: ano de publicação, título do periódico, título do artigo e tipo de estudo. O quadro 4 abaixo ilustra a caracterização desses estudos.

Quadro 4- Distribuição dos estudos segundo ano de publicação, título do periódico, título do artigo e tipo de estudo (n=10).

n°	Título do artigo	Autor	Periódico	Ano
A1	Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica	Lucena AF, Magro CZ, Proença MCC, Pires AUB, Moraes VM, Aliti GB.	Rev Gaúcha Enferm	2017
A2	A satisfação dos pacientes com o cuidado de enfermagem na hemodiálise	Santos FK; Gomes AMT; Rafael RMR; et al.	J. res.: fundam. care	2018
A3	Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e Propostas de intervenções de enfermagem	Silva AFS, Magalhães DM, Rocha PRS, et al.	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	2018
A4	Atuação do enfermeiro intensivista no modelo colaborativo de hemodiálise contínua: nexos com a segurança do paciente	Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC	Rev Esc Enferm USP	2019
A5	Experiência de enfermeiros no manejo da hemodiálise contínua e suas influências na segurança do paciente.	Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC.	Texto Contexto Enferm	2019

A6	Conhecimentos da equipe de enfermagem no cuidado intensivo a pacientes em hemodiálise	Silva PEBB, Mattos M.	<i>Journal Health NPEPS.</i>	2019
A7	Vivências do cuidado de enfermagem em unidade de diálise: relato de experiência	Costa BCP, Duarte FHS, Lima MA, et al.	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.	2020
A8	Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise em uso de cateter duplo lúmen	Maia SF, Cruz FWV, Silva EVB, Silveira FDR, Silva Jr	J. res.: fundam. care	2021
A9	Papel do enfermeiro frente a doença renal crônica dialítica na unidade de terapia intensiva	Silva VLF, Takashi MH.	REVISA	2021
A10	Intervenções de enfermagem para prevenção e manejo das intercorrências durante a diálise	Almeida AL et al	<i>Research, Society and Development</i>	2021

Para julgamento e futura sínteses dos artigos, optou-se em construir uma tabela abreviada, que contemple os aspectos considerados pertinentes.

Discussão

O método de análise temática possibilitou analisar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Desse agrupamento emergiram duas categorias: Tema 1 – quais as intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes que realizam hemodiálise. Tema 2 – quais as atribuições do enfermeiro no manejo da hemodiálise.

Nestas categorias foi feita a análise de 10 artigos, percebendo-se que as atividades assistenciais do enfermeiro estão ligadas ao cuidado direto, a orientação sobre a doença, tratamento e suas intercorrências.

Tema 1 – Quais as intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes que realizam hemodiálise

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela redução progressiva e irreversível da função renal, e pode manifestar-se por alterações na frequência e volume urinários, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, confusão, sonolência e coma. O tratamento da Doença Renal Crônica (DRC) depende do progresso da doença, que pode ser conservador com o uso de medicamentos,

dietas e restrição hídrica, ou com terapias de substituição renal, como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal⁶.

Os artigos estudados evidenciam que a hemodiálise é considerada sinônimo de sustentação da vida, pois uma das importantes funções que desempenha é um sistema de filtração do sangue, dos resíduos tóxicos não adequado para o corpo humano. A hemodiálise é um tratamento doloroso que não que leva muito tempo e que causa várias mudanças e impacto na vida da pessoa. Podemos entender que esses tratamentos podem afetar ou dificultar as atividades de trabalho e lazer. Os cuidados de enfermagem relacionados à dieta, medicamentos são a base para o sucesso do tratamento. O tratamento pode desencadear várias condições nos pacientes danos a diversos aspectos relacionados à saúde⁶.

A literatura reporta que o Enfermeiro geralmente é o responsável pelos cuidados relacionados ao curativo do cateter duplo lúmen⁷, podemos citar que os cuidados feitos pelos enfermeiros envolvem verificar o funcionamento da máquina de hemodiálise, prevenir infecção durante a operação e verificar os sinais vitais em busca de sinais de desconforto para o paciente sendo o cenário aqui reportado pouco usual. Acredita-se que isto relaciona-se ao quantitativo reduzido de enfermeiros na equipe. A formação técnica do profissional pode não fornecer toda a expertise necessária a atividades que exigem maior complexidade, como o manuseio do CDL^{6,7}.

Pesquisas mostram que intervenções de enfermagem a serem aplicadas nos pacientes em terapia hemodialítica e as atividades propostas foram classificadas em prioritárias, complementares e intervenções não essenciais. O resultado do estudo indicou a intervenção controle hídrico como prioritária na assistência de enfermagem, dessa maneira, é apresentado um quadro com as atividades para serem executadas com intuito de obter esse controle hídrico. O cuidado da equipe a esses pacientes são de monitorar os sinais vitais, o equilíbrio hídrico, a variação de peso, a reação do paciente sobre o tratamento, sua compreensão, alimentos e líquidos ingeridos e condição nutricional, é também importante à orientação e auxílio aos pacientes e familiares sobre como realizar o autocuidado para evitar possíveis intercorrências e explicar as limitações^{8,9}.

Os resultados indicam que o enfermeiro que atua no cuidado do paciente em HD contínua executando atividades de preparo/planejamento e monitorização/acompanhamento, as quais ocorrem a partir da interação que ele estabelece com a tecnologia e da aplicação de conhecimentos especializados no campo da nefrologia. Isso conduz ao julgamento clínico e à tomada de decisão com autonomia, de modo a garantir a segurança da atuação¹⁰.

Tema 2 – Quais as atribuições do enfermeiro no manejo da hemodiálise.

Na pesquisa em tela, essas atividades do enfermeiro desenvolvem-se num modelo colaborativo, em que os enfermeiros da diálise responsáveis pelo gerenciamento da HD contínua não exercem tais atividades exclusivamente, pois assumem também outras atividades de cuidado relacionadas ao paciente. A análise da literatura vem indicando uma discussão atual sobre esta temática, conforme se observa nas publicações. Isso, por sua vez, dificulta a consolidação do modelo de organização da enfermagem quanto à HD contínua, que ainda não

está bem estabelecido, conforme sinalizam os dados de que enfermeiros de outras instituições, em geral, não manuseiam a HD, o que gera questionamentos dos investigados, principalmente sobre o conhecimento do enfermeiro para a condução da HD e as implicações que esta responsabilidade traz¹¹.

As atribuições do enfermeiro e suas atividades assistenciais contemplaram o cuidado direto, a orientação e educação aos pacientes e familiares, principalmente no tocante às dúvidas relacionadas à DRC e seu tratamento, necessidade de cuidados, manipulação e manutenção dos cateteres e da fístula arteriovenosa. Pois, o enfermeiro é o responsável pela avaliação e manutenção dos acessos em hemodiálise, à interpretação de exames laboratoriais e, pela tomada de decisões juntamente com a equipe médica, além de ser capaz de prevenir, identificar e tratar complicações apresentadas pelos pacientes antes, durante e após o procedimento¹¹.

No caso específico do departamento de hemodiálise clínica, é necessário que a enfermagem se aprofunde se aperfeiçoe, e se atualize constantemente nesta área, principalmente para manter a qualidade de vida do paciente. O enfermeiro deve estar presente na sessão de hemodiálise para supervisionar a equipe e determinar as necessidades específicas de cada paciente. Ter conhecimento sobre a função da hemodiálise é essencial para que o paciente se adapte e fique tranquilo sobre o processo de hemodiálise, aumentando o sucesso do tratamento. O enfermeiro orienta e fornecendo orientações sobre o plano terapêutico, com aspectos técnicos e psicológicos⁸.

Por fim, a experiência dos enfermeiros no contato com este tipo de clientela leva a aquisição de conhecimentos práticos que os conduzem na resolução das situações cotidianas relacionadas ao manejo da tecnologia de hemodiálise contínua¹².

Considerações Finais

A presente pesquisa surgiu da necessidade de obter maior compreensão sobre as intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes que realizam hemodiálise, tendo em vista que este tema é considerado como mais um desafio aos que desenvolvem estudos na área da saúde. Diante disso, percebeu-se a relevância do estudo à medida que foi alcançado o objetivo proposto devido à importância desta abordagem na atualidade.

Os resultados indicam que o enfermeiro da UTI atua no cuidado do paciente em hemodiálise contínua executando atividades de preparo/planejamento e monitorização/acompanhamento, as quais ocorrem a partir da interação que ele estabelece com a tecnologia e da aplicação de conhecimentos especializados no campo da nefrologia. Isso conduz ao julgamento clínico e à tomada de decisão com autonomia, de modo a garantir a segurança da atuação.

Em suma, essa pesquisa é importante porque fornece subsídios, conscientizar a equipe responsável pelo tratamento hemodialítico, avalia as necessidades e a importância da qualidade de vida do paciente, em fazer hemodiálise e fornecer a eles métodos otimizados desta forma de tratamento.

O intuito deste estudo foi disseminar o conhecimento na enfermagem, além de possibilitar a produção de outros trabalhos científicos. Então, pode-se

afirmar que a pesquisa em enfermagem é importante pela sua potencialidade de legitimar o fazer, buscar novas maneiras de cuidado, aproximando as dimensões teóricas e práticas da profissão e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Assim, não obstante a difícil tarefa de analisar uma produção científica tão complexa e variada como a da enfermagem por meio de artigos, com as limitações daí decorrentes, este estudo pretendeu contribuir para o entendimento do caminho percorrido pela enfermagem sobre a intervenção de enfermagem prestada aos pacientes que realizam hemodiálise.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Theisen, J. M.; Breitsameter, R. de M. M.; Breitsameter, G. Atuação da enfermagem no cuidado com fístula e enxerto arteriovenoso em hemodiálise. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 355-364, 2022. DOI: [10.24276/rrecien2022.12.37.355-364](https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.355-364). Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/573>
2. Parecer Técnico S/N - Doença Renal Crônica. PAD N° 789/2018: OE 16. Portaria GM N° 1675/2018. Doença Renal Crônica Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0100-2020-ctlncofen_85157.htm
3. Sostisso, CF, Olikszechen M, Sato MN, Oliveira, MASC, Karam S. Força de preensão manual como instrumento de avaliação do risco de desnutrição e inflamação em pacientes em hemodiálise. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)*. 2020. 42(4):429-436.
4. Souza ABG, Chaves LD, Silva CM. *Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática*. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v.17, n.4. p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
6. Maia SF, Cruz FWV, Silva EVB, Silveira FDR, Silva Jr. JNF. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise em uso de Cateter Duplo Lúmen. 2021 jan/dez; 13:410-414. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9104>
7. Silva VLF, Takashi MH. Papel do enfermeiro frente a doença renal crônica dialítica na unidade de terapia intensiva. *REVISA*. 2021; 10(Esp.2): 826-32. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.nEsp2.p826a832>

8. Lucena AF, Magro CZ, Proença MCC, Pires AUB, Moraes VM, Aliti GB. Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e66789. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66789>
9. Almeida, AL; Silva, IAS; Araujo, RV. Intervenções de enfermagem para prevenção e manejo das intercorrências durante a diálise. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e206101522980, 2021.
10. Costa BCP, Duarte FHS, Lima MA, et al. Vivências do cuidado de enfermagem em Unidade de Diálise: Relato de Experiência. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.* 2020;10:e3084. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3084>
11. Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC. Intensivist nurse performance in the collaborative model of continuous hemodialysis: links with patient safety. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03475. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004603475>
12. Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC. Experiência de enfermeiros no manejo da hemodiálise contínua e suas influências na segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28: e20180046. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0046>

Autor de correspondência

Roberta Graziella P .da Costa Araújo de Almeida
Av. Min. José Américo de Almeida, 1338. CEP: 58040-302-
Torre. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
roberta_graziella@hotmail.com

Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no atendimento intra-hospitalar de urgência e emergência

Nursing care for patients with acute myocardial infarction in urgent and emergency in-hospital care

Cuidados de enfermería para pacientes con infarto agudo de miocardio en atención hospitalaria urgente y de emergência

Ihago Santos Guilherme¹, Tayná Lisboa Melo Veríssimo², Rodrigo Marques da Silva³

Como citar: Guilherme IS, Veríssimo TLM, Silva RM. Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no atendimento intra-hospitalar de urgência e emergência. 2023; 12(4): 757-69. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p757a769>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0418-2791>

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0002-5053-6981>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

Recebido: 23/07/2023
Aprovado: 24/09/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no atendimento intra-hospitalar de urgência e emergência. **Método:** Realizou-se uma revisão de literatura, de caráter bibliométrico, selecionando 7 estudos, por meio de check list previamente estabelecido. **Resultados:** Identificou-se que 85,7% dos estudos selecionados eram dissertações de mestrado, publicadas entre 2007 e 2019. A maioria foi produzida na Universidade de São Paulo (42,8%). Quanto à publicação de artigos originados das teses e dissertações, 71,4% dos autores não publicaram. **Conclusão:** embora os métodos de diagnóstico do câncer de mama tenham avançado, a produção científica sobre o câncer de mama masculino ainda se faz incipiente no Brasil. Esse é um dado importante que pode auxiliar na elaboração de novos trabalhos, objetivando um melhor atendimento e prognóstico nesses pacientes.

Descritores: Enfermagem; Infarto; Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze nursing care for patients with acute myocardial infarction in urgent and emergency in-hospital care. **Method:** A literature review of bibliometric character was conducted, selecting 7 studies, through a previously established checklist. **Results:** It was identified that 85.7% of the selected studies were master's dissertations, published between 2007 and 2019. Most were produced at the University of São Paulo (42.8%). Regarding the publication of articles originated from theses and dissertations, 71.4% of the authors did not publish. **Conclusion:** although breast cancer diagnostic methods have advanced, scientific production on male breast cancer is still incipient in Brazil. This is an important data that can help in the elaboration of new studies, aiming at a better care and prognosis in these patients.

Descriptors: Nursing; Infarction; Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la atención de enfermería a pacientes con infarto agudo de miocardio en atención hospitalaria de urgencia y emergencia. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica de carácter bibliométrico, seleccionando 7 estudios, a través de una lista de verificación previamente establecida. **Resultados:** Se identificó que el 85,7% de los estudios seleccionados fueron disertaciones de maestría, publicadas entre 2007 y 2019. La mayoría fueron producidos en la Universidad de São Paulo (42,8%). En cuanto a la publicación de artículos originados a partir de tesis y disertaciones, el 71,4% de los autores no publicaron. **Conclusión:** aunque los métodos de diagnóstico del cáncer de mama han avanzado, la producción científica sobre el cáncer de mama masculino es todavía incipiente en Brasil. Se trata de un dato importante que puede ayudar en la elaboración de nuevos estudios, encaminados a una mejor atención y pronóstico en estos pacientes.

Descriptorios: Enfermería; Infarto; Atención em Salud.

REVISA

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2016, representando 31% de todas as mortes em nível global.¹ As DCV compreendem um grupo de patologias cardíacas e dos vasos sanguíneos, como a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), categorizada através de sinais e sintomas alusivo à obstrução da artéria coronariana a qual irriga o músculo cardíaco, por consequência, patologia precursora do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). As DCV são a primeira causa de morte no Brasil, dentre elas destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como Derrame, ocupando 31,7% dos óbitos no Brasil e 10% das mortes totais no país. Ainda dentro da esfera da DCV, a patologia isquêmica do coração representa a segunda maior causa de mortes no Brasil, em especial o IAM. Em 2013, o IAM foi a principal causa de mortalidade por doenças cardíacas no Brasil, havendo aumento de 48% entre 1996 e 2011.²

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), também conhecido como ataque cardíaco, é um processo pelo qual uma ou mais áreas do músculo cardíaco passam por grave e prolongada diminuição e/ou interrupção no suprimento de oxigênio devido ao fluxo sanguíneo insuficiente, provocando a morte das células cardíacas, necrose ou morte do tecido do miocárdio.³⁻⁴

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento, correspondendo aproximadamente 30% dos óbitos. O sintoma mais característico do IAM é a precordialgia, podendo irradiar para o braço esquerdo e pode associar-se ou não a outros sintomas, como: tontura, mal-estar, náusea, sudorese, palidez, sensação de peso ou queimor no estômago, sensação de aperto na garganta e dor na axila ou no braço esquerdo.³⁻⁴

Esta patologia se dá por diversos fatores, dentre eles, os mais incidentes é a aterosclerose, que corresponde ao acúmulo de gordura no interior dos vasos sanguíneos em formas de placas, impossibilitando a passagem satisfatória de sangue para o coração, ocasionando o infarto. Os hábitos alimentares não saudáveis são fatores de risco mais incidentes no IAM, dietas ricas em gordura e colesterol e pobres em frutas e vegetais, além de sedentarismo e fatores genéticos. Entretanto, outras doenças coronarianas não ateroscleróticas, bem como, alterações congênitas e alterações hematológicas, são patologias relevantes para evolução do quadro clínico do IAM.³⁻⁴

Ocorreram 189.634 óbitos por IAM nas capitais brasileiras de 2007 a 2016, sendo que 58,3% foram de caráter intra-hospitalar, com uma taxa de média de mortalidade de 25,2 - 1,3 para cada 100.000 habitantes nas capitais brasileiras. As maiores taxas médias de mortes intra-hospitalares por IAM foram verificadas em Recife (43,2%).⁵

Dado que a dor torácica é o principal sintoma do IAM destaca-se a importância do diagnóstico diferencial em relação aos não emergenciais e os de alta morbimortalidade, como: IAM, dissecação de aorta e tromboembolismo pulmonar.⁶ Além disso, a equipe, atualmente, lida com desafios, tais como: dificuldades com os protocolos, como: solicitação de exames, interpretação do ECG, manifestações clínicas e fatores de risco.⁶ Essas situações podem impactar na qualidade do cuidado de enfermagem, na segurança do paciente, bem como nas taxas de mortalidade por IAM.

Frente a isso, é importante que se compreenda como a assistência de enfermagem vem sendo realizada ao paciente com infarto agudo do miocárdio nos serviços de emergência/urgência a fim de que se possa identificar possíveis limitações, barreiras e desafios no atendimento e se pensar em estratégias de melhoria nos setores assistenciais e de gestão dos serviços.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no atendimento intra-hospitalar de urgência e emergência.

Método

Refere-se à revisão bibliográfica, definida em termos de materiais já elaborados, incluindo principalmente as seguintes fontes: livros, periódicos, artigos e impressos diversos. O principal benefício da pesquisa bibliográfica é que ela permite ao pesquisador compreender uma gama mais ampla de fenômenos analisados em estudos primários. Essa vantagem torna-se especialmente importante quando o problema de pesquisa requer dados amplamente dispersos nos espaços físicos e digitais.

Esse tipo de revisão foi utilizada a fim de responder a seguinte questão norteadora: Como se dá a assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no atendimento intra-hospitalar de urgência e emergência?

A coleta de dados foi realizada entre Agosto e Setembro de 2022 no formulário avançado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Para a coleta, foram utilizadas duas estruturas de busca, por meio de palavras-chave, a saber: 1) enfermagem AND infarto AND emergência; e 2) enfermagem AND infarto AND urgência. Foram incluídos artigos escritos em língua portuguesa (Brasil), disponíveis online e na íntegra e envolvendo serviços de urgência e emergência, bem como serviços de hemodinâmica. Foram excluídos aqueles que não tinham relação direta com a temática ou pesquisas voltadas ao atendimento pré-hospitalar.

Após leitura inicial dos títulos e resumos dos materiais encontrados, foram selecionados aqueles que atenderam os critérios de elegibilidade. Posteriormente, foi realizada a leitura dos artigos pré-selecionados na íntegra sendo novamente avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão, obtendo-se assim a amostral final dessa revisão.

Dessa amostra, as seguintes variáveis foram extraídas: Ano de publicação, objetivo, resultados e conclusão. Essas informações foram coletadas de cada artigo e inseridas em um banco de dados do Microsoft Excel, compondo o quadro sinóptico dessa revisão.

A variável ano de publicação foi analisada por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%); e o objetivo, resultados e conclusão foram submetidos a análise temática.

Resultados e Discussão

Com a estrutura de busca definida, foram contrados 25 artigos na BVS e 21 na Scielo, totalizando 46 artigos. Dentre os artigos da BVS, 12 estavam fora do tema, 3 abordavam o IAM no período pré-hospitalar e 4 estavam indisponíveis na íntegra. Esses foram excluídos, o que levou a uma amostra final de 6 artigos na BVS. Dos 21 artigos da SCIELO, 6 estavam repetidos em relação a BVS, 1 indisponível na íntegra, 2 fora do tema e 5 abordavam o IAM no período pré-hospitalar, por isso, foram excluídos, o que levou a uma amostra final de 7 artigos nesta base. Assim, 13 artigos foram selecionados para esta revisão conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1- Quadro sinóptico dos artigos selecionados na revisão quanto a título, base de dados, objetivo, resultados e conclusão. 2021.

Título	Objetivo	Resultados	Conclusão
Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade	Avaliar a assistência intra-hospitalar ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda segundo indicadores de qualidade.	39,4% tiveram angina instável, 60,6% infarto do miocárdio, sendo 34% com supra de ST. Tiveram óbito pacientes com escore de TIMI e GRACE superiores a 4 e 140 (p<0,05). A admissão em unidade de cuidados intensivos foi 2,1%, avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo em 83,0%, AAS em 24 horas de admissão em 77,8%, estatinas em 72,7%, inibidor da enzima conversora de angiotensina em 62,8%, aconselhamento antitabágico 53,3% e reperfusão oportuna 62,5%. Submeteram-se a estratégia invasiva em 24h 12,0% e, acima de 72h, 50,0%. O tempo porta-ECG foi de 68,3±104,3 min e porta-balão de 122±54,5 min.	São necessários protocolos assistenciais para uniformização da prática e melhora destes indicadores.
Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica	Identificar a percepção de enfermeiros do serviço de emergência de um hospital do Sul do Brasil sobre a utilização de um protocolo de enfermagem para classificar dor torácica, protocolo esse, já implementado em um hospital privado localizado na região sudeste brasileira.	Os resultados apresentados refletem a percepção dos enfermeiros ao utilizar o protocolo de dor torácica do HIAE, durante a classificação dos 67 casos de dor torácica deste estudo. Por conseguinte, emergiram as categorias: Utilizando um novo protocolo; Adaptando-se ao novo instrumento; Comparando os instrumentos.	Observou-se consenso entre os enfermeiros de que o protocolo prioriza o atendimento, identifica mais facilmente os fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio e, também, o tipo de dor.
Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência	Caracterizar o perfil do paciente portador de Síndrome Coronária Aguda (SCA) atendido em um serviço de emergência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no que se refere aos fatores de risco.	Foram avaliados 152 pacientes com SCA, 63,8% do sexo masculino, idade média de 61±10,26 anos. Houve diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST em 50,7%, infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em 14,5% e angina instável em 34,9%. Os fatores de risco foram: sedentarismo (86,8%); sobrepeso e obesidade (77%); hipertensão arterial sistêmica (75,7%); história familiar (56,6%); estresse (52,6%); dislipidemia (44,7%); diabete mellitus (40,1%); tabagismo (39,5%); e ingestão de álcool (14,4%).	Constatou-se uma alta prevalência de fatores de risco para SCA, necessitando de programas de educação em saúde, visando reduzir a morbimortalidade.

<p>Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde(</p>	<p>Estimar o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas do infarto até a chegada ao setor de emergência cardiológica (delta T) e os fatores que influenciaram esse processo.</p>	<p>O delta T foi, em média, de 3h59min±2h55min, sendo que 99(88%) desses pacientes procuraram por serviço de emergência uma hora após o início do evento. Pacientes solteiros apresentaram delta T menor em relação aos demais (p=0,006), assim, como aqueles que reconheceram os sintomas como evento cardíaco; dor torácica em ardência foi relatada por 25(24%) pacientes, sendo que a primeira atitude tomada diante desses sintomas foi a automedicação (37-33%).</p>	<p>Concluiu-se que o reconhecimento dos sinais e dos sintomas de infarto agudo do miocárdio (IAM) pelo paciente é fator determinante para a procura por atendimento especializado.</p>
<p>Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência</p>	<p>Compreender o significado deste tipo Dor para o paciente durante a sua permanência na sala de emergência.</p>	<p>Pôde-se observar que o medo da morte, a preocupação com familiares são os significados mais importantes.</p>	<p>Os pacientes acometidos de dor torácica isquêmica necessitam apoio por parte da equipe de enfermagem no sentido de amenizar estes sentimentos.</p>
<p>Fatores que retardam a administração de trombolítico em pacientes com Diagnóstico de infarto agudo do miocárdio atendidos em um hospital geral</p>	<p>Identificar fatores que retardam o início da trombólise em pacientes com IAM. Métodos: Estudo de corte, com 146 pacientes, com diagnóstico de IAM submetidos à terapêutica trombolítica.</p>	<p>A média de idade foi de 57,5 ± 9 anos, 64% sexo masculino. O tempo médio entre o início da dor e a chegada ao hospital foi de 254,7 ± 126,6 minutos, 28% utilizaram a ambulância para o deslocamento, o tempo porta-eletrocardiograma médio de 19,4 ± 7,3 minutos e tempo porta-agulha de 51,1 ± 14,9 minutos. Não houve diferença significativa entre o tempo de apresentação ao hospital e o meio de transporte utilizado. Os pacientes atendidos por cardiologistas e no turno da noite tiveram uma redução no tempo porta-agulha, respectivamente (P=0,014) e (P=0,034).</p>	<p>Os resultados do estudo demonstram que a demora na chegada ao serviço médico, tempo porta-eletrocardiograma e tempo para diagnosticar o IAM, foram os fatores envolvidos no retardo da administração de trombolítico.</p>
<p>Utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica: facilidades e dificuldades</p>	<p>Analisar as facilidades e dificuldades na utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica.</p>	<p>A utilização do fluxo assistencial agiliza o processo de transferência às unidades de referências, diminuindo complicações graves e letais no paciente. Consideram-se o trabalho em equipe e a comunicação como pontos facilitadores no atendimento ao paciente com dor torácica.</p>	<p>São necessários investimentos na estrutura física e equipamentos; reorganização da rede de atenção; e educação permanente para possibilitar benefícios ao serviço de excelência no cuidado em saúde.</p>
<p>Habilidades dos enfermeiros no uso terapêutico do alteplase em unidade de pronto atendimento</p>	<p>Avaliar as habilidades dos enfermeiros, no uso terapêutico do Alteplase, como terapia fibrinolítica, em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio</p>	<p>Os resultados mostraram que os participantes da pesquisa possuem habilidades para o manuseio e aplicabilidade da terapia fibrinolítica, Alteplase, em pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio. Entretanto, foi identificado uma porcentagem que apresentam dificuldades na execução de todas as atividades</p>	<p>O estudo contribuirá na elaboração de protocolos aos profissionais da área da saúde envolvidos de modo direto ou indireto aos cuidados aos pacientes que necessitam desta intervenção farmacológica como tratamento.</p>

<p>Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio</p>	<p>Identificar o tempo entre a apresentação dos sintomas do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) até a apresentação a um serviço de emergência, descrevendo as características clínico-demográficas destes pacientes atendidos no serviço de emergência de um Hospital Universitário em Porto Alegre</p>	<p>Dos dezesseis pacientes estudados 9 (56,3%) eram homens, com idade média de 64,7±13,2 anos. Dor precordial foi o sintoma mais prevalente ocorrendo em 62,5% (10) dos casos. A mediana de tempo para procurar assistência foi de 4h30 minutos com intervalo interquartil de (3:10 a 9:45). Oito pac</p>	<p>O tempo de demora até a procura de ajuda ainda é longo, o desconhecimento das manifestações do infarto pode ser um fator contribuinte.</p>
<p>Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio</p>	<p>Identificar os diagnósticos de enfermagem em pessoas com infarto do miocárdio em emergência hospitalar, segundo a teoria do autocuidado de Orem</p>	<p>A maioria dos pacientes era mulheres (54%), na faixa etária de 60 a 69 anos (34%), renda familiar de um a dois salários mínimos (88%), com ensino fundamental (70%) e aposentados (76%). Houve alta frequência de hipertensão arterial (62%), inatividade física (76%) e tabagismo (70%). O teste rápido para troponina foi positivo em 16 pessoas (32%). Muitos infartados apresentavam déficits de autocuidado que apontaram 10 diagnósticos de enfermagem, destacando-se o estilo de vida sedentário (80%), mobilidade física prejudicada (76%) e risco de intolerância à atividade (76%). Comportamentos de saúde propenso a risco e autonegligência tiveram relação com três requisitos de autocuidado</p>	<p>Os pacientes necessitavam de assistência em saúde quanto às mudanças no estilo de vida, medidas de conforto e realização de atividade e repouso.</p>
<p>Tempo porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica na emergência</p>	<p>Identificar o tempo porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica na emergência</p>	<p>A literatura define que a realização do eletrocardiograma para pacientes com dor torácica na emergência deve ser feita em até dez minutos.</p>	<p>Há a necessidade de se desenvolverem mais estudos sobre a realização do ECG no atendimento pré-hospitalar para se tomarem condutas direcionadas diante a agravos cardiológicos</p>
<p>Sistema de triagem de manchester no infarto agudo do miocárdio: determinantes da prioridade de atendimento</p>	<p>Analisar os determinantes da prioridade de atendimento pelo STM para pacientes diagnosticados com IAM.</p>	<p>O sexo masculino foi majoritário, com média de idade de 62,1 ±12,4 anos e predominância dos fatores de risco hipertensão e tabagismo. Para 116 (53,4%) pacientes foi atribuída a prioridade não elevada de atendimento pelo STM. Sessenta e quatro (29,5%) pacientes tiveram IAM com supradesnivelamento do segmento ST, 29 (45,3%) deles recebeu prioridade não elevada. O fluxograma Dor torácica (77,9%) e os discriminadores Dor precordial ou cardíaca (27,6%) e Dor moderada (22,5%) foram os mais selecionados. Tosse e dor abdominal (p = 0,039), tempo de início dos sintomas superior há 24 horas (p <0,001) e intensidade de dor leve ou moderada (p = 0,002) foram preditores clínicos associados à determinação de prioridade não elevada.</p>	<p>Os resultados forneceram subsídios para o julgamento clínico do enfermeiro triador.</p>

<p>Eletrocardiograma na prática do enfermeiro de urgência e emergência</p>	<p>Analisar produções científicas sobre a prática clínica do enfermeiro diante do eletrocardiograma em situações de urgência e emergência no Brasil</p>	<p>O infarto agudo do miocárdio foi a condição clínica mais prevalente nas situações de urgência e emergência, sendo que o eletrocardiograma demanda várias ações do enfermeiro, como solicitação do exame diante do infarto agudo do miocárdio, execução ágil e interpretação básica diante das demais condições clínicas.</p>	<p>A realização ágil e o cumprimento das recomendações atuais para o tempo porta-eletrocardiograma ideal são um desafio para o enfermeiro, e a interpretação do eletrocardiograma é de extrema importância, em que há influência positiva de treinamentos para a prática do enfermeiro diante do eletrocardiograma</p>
--	---	---	--

Identificação de Fatores de Risco para IAM

Um fator de risco é definido como qualquer elemento clínico ou laboratorial associado à probabilidade da doença e sua progressão durante um período de tempo variável.⁷

Publicado em 1978, o Escore de Risco de *Framingham*, conhecido como “*Framingham Heart Study*” é um método que avalia o fator de risco de DCV de acordo com a presença ou não de alguns fatores de risco, desde 1948.⁸

Decorrente a isto, foi realizado a pesquisa INTERHEART a qual foi desenvolvido para avaliar a importância dos fatores de risco para o infarto do miocárdio ao redor do mundo. Foram 262 centros em 52 países de 5 continentes. Corroborando, assim, com os achados, evidenciando que nove fatores modificáveis explicavam mais de 90% do risco para a ocorrência de IAM.

“Dentre esses nove fatores, seis são fatores de risco e três fatores de proteção. Os fatores de risco compreendem: tabagismo, dislipidemia, obesidade central, *diabetes mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e estresse. Os três fatores protetores incluem a realização de atividade física regular, o consumo de frutas e verduras e o uso de álcool. O estudo também apresentou a história familiar de DAC ou morte súbita como outro fator de risco, porém não modificável”.⁸

O escore citado acima permite a avaliar o risco cardiovascular com base nos fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Nesse sentido, estudos têm buscado também analisar a incidência de tais fatores a fim de que se possa direcionar ações e políticas em saúde focada no controle dos fatores, especialmente aqueles modificáveis.⁹

Assim, estudos mostram que os fatores de risco prevalentes ou com maior incidência entre a população masculina e feminina, estão: sedentarismo (86,8%), sobrepeso e obesidade (77%), HAS (75,7%), seguidos por: história familiar (56,6%), estresse (52,6%), dislipidemia (44,7%), DM (40,1%), tabagismo (39,5%) e ingestão de álcool (14,4%).⁷

Observa-se que, com exceção da história familiar, os demais fatores prevalentes são modificáveis e podem ser controlados por meio de programas e políticas públicas em saúde com foco na mudança de Comportamentos de risco. Destaca-se aí a importância da alocação de recursos e preparo das equipes da atenção primária em saúde para o desenvolvimento de ações de educação em saúde efetivas que auxiliem a modificar esta realidade.¹⁰

Assistência de Enfermagem ao Paciente com IAM

A assistência de enfermagem satisfatória frente ao paciente infartado exige capacitação e competência técnica no que tange aos protocolos existentes, pois estes são fatores determinantes que implicam no prognóstico de reabilitação do paciente portador do infarto agudo do miocárdio.¹¹

O enfermeiro tem papel fundamental no atendimento inicial do paciente com IAM, podendo ser observado logo em sua admissão na unidade de urgência e emergência, tendo como principal função atribuída de diagnosticar precocemente e iniciar prontamente os cuidados emergenciais, aumentando a chance de sobrevivência do paciente.¹²

Para assegurar uma intervenção precoce o enfermeiro deve realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente. O foco deve estar em expor a queixa principal e realizar exames essenciais que ajudem no diagnóstico e na intervenção mais precisa para o estado de saúde do paciente.¹² Nesse sentido, o enfermeiro realiza a avaliação inicial do paciente, realiza o eletrocardiograma de urgência; e comunica rapidamente a equipe médica para que seja estabelecido um tratamento rápido e eficaz a fim de diminuir a sintomatologia apresentada.¹³

Além disso, o enfermeiro deve conduzir as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, incluindo: observar, anotar e registrar cada ação realizada; avaliar e tomar decisões necessárias; mensurar os sinais vitais para acompanhamento do estado clínico do paciente, identificação de possíveis problemas e avaliação da resposta ao tratamento; atentar para as necessidades de oxigenação, circulação e conforto do paciente; bem como realizar e avaliar o acesso venoso periférico e medicação endovenosa sempre que necessário, conforme diretrizes previstas em protocolos assistenciais voltados ao paciente com infarto agudo do miocárdio.^{12,14} Nesse sentido, o paciente infartado necessita ser observado continuamente devido a possíveis complicações, sendo, muitas vezes, necessário comunicar a ocorrência ao médico e encaminhar o paciente para a unidade de terapia intensiva (UTI).¹²

O enfermeiro deve confortar o paciente, reduzindo os níveis de estresse e ansiedade do paciente. Para isso, é preciso que este profissional tenha uma visão ampla, individualizada e integral do paciente uma vez que cada um possui uma forma de enfrentar a hospitalização e o processo de saúde e doença, o que requer uma atenção biopsicossocial por parte da equipe.¹⁵ Por conseguinte, o profissional da enfermagem deve abrir um espaço de interação e fala junto ao paciente e sua família a fim de sanar dúvidas, diminuir suas angústias, ouvir seus questionamentos e reduzir sua insegurança frente a essa situação.^{13,16}

Portanto, o enfermeiro deverá intervir e prestar uma assistência rápida e de qualidade a fim de contribuir para o reestabelecimento da saúde do paciente, redução dos riscos de complicações e óbitos e retorno do bem estar dos familiares por meio do seu conhecimento científico e suas habilidades técnicas.¹⁵ Assim, por meio de uma assistência sistematizada, espera-se um planejamento de enfermagem baseada em diagnósticos adequados e que atinja os resultados assistenciais previstos por meio de intervenções de enfermagem efetivas.¹³

Processo de Enfermagem ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio

O processo de enfermagem consiste no método científico que direciona as ações de enfermagem de forma sistemática e deliberada, requerendo raciocínio e

juízo diagnóstico, terapêutico e ético.¹⁷ Ele está organizado em 5 etapas, interdependentes, recorrentes e interrelacionadas, que são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência.¹⁷

A aplicação adequada e completa do processo de enfermagem permite maior qualidade à assistência de enfermagem prestada nos serviços de saúde, bem como a documentação e registro dos cuidados prestados e dos resultados obtidos pelas intervenções de enfermagem, seja nos âmbitos de prevenção, promoção, recuperação ou reabilitação da saúde do paciente.¹⁸⁻²⁰

O enfermeiro que atua junto ao paciente com IAM tem especial responsabilidade na aplicação do processo de enfermagem, uma vez que sua realização irá facilitar o estabelecimento de prioridades e planejamento da assistência de enfermagem de forma individualizada às necessidades do paciente com ações voltadas ao problema de saúde apresentado pelo indivíduo.¹⁸⁻¹⁹

Após a coleta de dados junto ao paciente com IAM, o enfermeiro deve identificar os diagnósticos de enfermagem, entendidos como respostas humanas reais ou potenciais do paciente frente a doença.²⁰ Essa etapa é primordial, pois é a base para a definição das intervenções de enfermagem, elencando-se aqueles prioritários, para atingir os resultados esperados pelos quais o enfermeiro é responsável.¹⁹⁻²⁰ Desta maneira, cabe destacar que, dentre os estudos descritos na literatura, os principais diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com IAM são: estilo de vida sedentário, mobilidade física prejudicada, comportamento de saúde, autonegligência, débito cardíaco diminuído, risco de síndrome do idoso frágil, padrão respiratório ineficaz, ansiedade, risco para aspiração, integridade tissular prejudicada, risco para confusão aguda, distúrbio no padrão do sono, dor aguda, risco para infecção e controle ineficaz do regime terapêutico individual.¹⁷⁻¹⁹

Uma vez definidos os diagnósticos de enfermagem, cabe ao enfermeiro planejar a assistência de enfermagem. Nesta etapa, o enfermeiro define os resultados esperados e as intervenções de enfermagem a serem realizadas para atingir tais resultados.²⁰ No que tange tais intervenções junto ao paciente com IAM, destacam-se: avaliar a dor precordial, observando-se a localização, intensidade e duração; checar os pulsos periféricos em membros inferiores e membros superiores, temperatura das extremidades, coloração e edema; monitorar o ritmo e frequência cardíaca; avaliar o estado neurológico; realizar balanço hídrico; observar a respiração quanto o ritmo, frequência, esforço e profundidade; observar presença de tosse; aferir a pressão arterial antes de administrar quaisquer medicações vasoativas; não administrar vasodilatadores em casos de hipotensão; checar a frequência cardíaca antes de administrar qualquer medicação digitálica, quando a frequência cardíaca estiver abaixo de 60 bpm comunicar ao enfermeiro; não administrar trombolíticos no caso de suspeitas de dissecação da aorta ou qualquer doença hemorrágica.¹⁸⁻¹⁹

Educação em Saúde ao Paciente com IAM

Uma das barreiras descritas na literatura para o atendimento eficaz ao paciente com infarto agudo do miocárdio e com impacto ao prognóstico é o tempo de atendimento entre o surgimento dos sintomas, o contato com o serviço de saúde e a chegada até o local de atendimento. Esse aspecto é especialmente importante uma vez que cada minuto perdido interfere no risco de vida destes

pacientes. A respeito disso, a III Diretriz sobre o tratamento do IAM preconiza que o tempo de início dos sintomas até a chegada ao hospital não ultrapasse 2 horas, sendo indicado para a reperfusão com trombolíticos o tempo de 6 horas do início dos sintomas e a angioplastia primária o tempo de 90 minutos.²¹ No entanto, estudo prévio identificou uma mediana de 4h 30min do início dos sintomas até o atendimento hospitalar.²² Desta forma, destaca-se a relevância das ações da educação em saúde para implementar medidas educativas e, assim, minimizar as consequências nocivas e a mortalidade relacionadas à demora no tempo de apresentação do paciente aos serviços de saúde.

Destarte, as ações de educação em saúde do enfermeiro a esses pacientes podem ser desenvolvidas nos âmbitos preventivo e curativo, tanto no espaço da atenção primária em saúde, quanto hospitalar. A exemplo disso, o grau de instrução do paciente e seu nível socioeconômico estão diretamente ligados às modificações no estilo de vida e seu impacto na incidência de IAM, bem como na recuperação do mesmo.²³ Sobre isso, estudo mostrou que o baixo nível socioeconômico, avaliado por anos de estudo, foi um dos fatores que impactou significativamente na maior incidência e mortalidade por infarto do miocárdio.²⁴ Ademais, outras pesquisas também relataram um aumento de cinco vezes na mortalidade entre pacientes com menos escolaridade e IAM com supradesnivelamento de segmento de ST.²⁵

Diante desse cenário, o enfermeiro possui um papel essencial na reeducação dos pacientes em relação às suas atividades de vida diária e estilo de vida, o que inclui alimentação, atividade física, fatores emocionais e sociais.²⁶⁻²⁷ Percebe-se, em muitos casos, a presença de alimentação desregrada, rica em carboidratos, gorduras, sódio e alimentos processados, o uso do álcool, do cigarro e de outras drogas e situações recorrentes de estresse e o sedentarismo, já os não modificáveis mais comuns são: a raça, a idade, o sexo, e o histórico familiar.^{11,27} Portanto, é importante que o enfermeiro desenvolva estratégias educativas voltadas aos fatores de risco modificáveis, tendo em vista os seus benefícios para a prevenção e controle do IAM, bem como aumento da perspectiva de vida do paciente após infarto.²⁶

Conclusão

A literatura brasileira analisada nesta pesquisa abarca pontos específicos da assistência de enfermagem ao paciente com IAM incluindo medicações utilizadas, protocolos assistenciais, educação em saúde, dentre outros. Todavia, embora os cuidados de enfermagem sejam descritos em algumas pesquisas, poucas são aquelas que abordam, em profundidade, o processo de enfermagem, especialmente no que se refere aos diagnósticos e intervenções de enfermagem voltados a este paciente.

Nesse sentido, sugere-se que futuros estudos primários analisem, em profundidade, os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comuns entre esses pacientes, bem como validem novos diagnósticos e intervenções que sejam específicos para o contexto da atenção de enfermagem em cardiologia.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Doenças Cardiovasculares. Brasília: 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 15 nov. 2019.
2. Schmidt MM, Quadros AS, Martinelli ES, Gottschall CAM. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2. *Rev Bras Cardiol Inv* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 10];23(2):119-23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184315000429>
3. Pesaro AEP, Serrano Jr. CV, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2): 214-20 <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kKY84ZFgn3Jjx8Dv9dMsh8p/?format=pdf&lang=pt>
4. Bassan F, Bassan R. Abordagem da síndrome coronariana aguda. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr 2006*. <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/07/Artigo03.pdf>
5. Abreu SLL, Abreu JDMF, Branco MDRFC, Santos AMD. In- and Out-of-Hospital Deaths by Acute Myocardial Infarction in Brazilian State Capitals. *Arq Bras Cardiol*. 2021 Aug;117(2):319-326. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20200043. PMID: 34495227; PMCID: PMC8395787.
6. Silva PT, Cantarelli MJC, Castello Júnior HJ, Gonçalves R, Gioppato S, Ribeiro EKP, Guimarães JBF. Resultados Hospitalares da Intervenção Coronária Percutânea Primária em Mulheres. *Rev. Bras. De Cardiologia Intensiva*. 2011;19(1):58-64
7. Ferreira AMC, Madeira MZA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina*. 2011;4(1):50-6.
8. Nonnenmacher CL. Sistema de Triagem de Manchester no infarto agudo do miocárdio: determinantes da prioridade de atendimento.[dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. Porto Alegre: Departamento de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
9. BODY, R. et al. Do risk factors for chronic coronary heart disease help diagnose acute myocardial infarction in the emergency department? *Resuscitation*, London, v.79, no. 1, p. 41-45, 2008.
10. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.. 512 p.
11. Brunori, E. H. F. R., Lopes, C. T., Cavalcante, A. M. R. Z., Santos, V. B., Lopes, J. D. L., & Barros, A. L. B. L. D. (2015). Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 538-546.

12. Oliveira LAM, Martins CR, Fontinele AVC, Oliveira CP, Araújo MP, Souza JM. Cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2019; Vol.28, n.3,pp.77-79.
13. Oliveira CCG, Fontinele DCSS, Pereira FCC, Rocha KMM, Silveira Júnior LS. Processo de trabalho do enfermeiro frente ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. *Revista Humano Ser -UNIFACEX, Natal-RN*, v.3, n.1, p. 101-113, 2017/2018
14. CAVEIÃO, C.etal. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Minas Gerais*, v. 4, n.1, p. 921-928, jan.-abr. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427/567>>. Acesso em: 20 mar.2018
15. RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, L. P.; LIMA, M. L. S. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPI. Goiás*, v.5, n. 4, p. 63-68, 2016.Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546>>.Acesso em: 14 mar. 2018.
16. MENDES, A. S.et al. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. *Acta Paulista de Enfermagem.São Paulo*. v.29, n.4, julho/agosto, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000400446&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 14mar.2018
17. Holanda da Cunha G, Lima AK, Maia AM, Correia MA, Barbosa K, Rodrigues de Oliveira RC. Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. *Aquichan* 2018; 18(2): 222-233. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.9
18. SANTOS RJ, *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio: estudo de caso. *Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018*
19. ROSADO, Flavio da Silva. Et al. Assistência De Enfermagem Ao Paciente Com Infarto Agudo Do Miocárdio (Iam). *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 05, Ed. 03, Vol. 05, pp. 177-195. Março de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/agudo-do-miocardio>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/agudo-do-miocardio
20. COREN- Conselho Regional de Enfermagem. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] – São Paulo : COREN-SP, 2015.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre o tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2004 set;83(4 Supl IV):8-69.
22. Figueiredo, A. E., Siebel, A. L., Luce, D. C., & Schneider, I. (2013). Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 3(1), 93–101. <https://doi.org/10.5902/217976927422>

Guilherme IS, Veríssimo TLM, Silva RM

23. MANSUR, A.P.; FAVARATO, D.; SOUZA, M.F.; AVAKIAN, S.D.; ALDRIGHI, J.M.; CESAR, L.A.M.; RAMIRES, J.A.F. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *ArqBrasCardiol* 2001;76(6):497-510.

24. Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(9):873-98. doi: 10.1161/CIR.0000000000000228.

» <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228>

25. Mehta RH, O'Shea JC, Stebbins AL, Granger CB, Armstrong PW, White HD, et al. Association of mortality with years of education in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated with fibrinolysis. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(2):138-46. doi: 10.1016/j.jacc.2010.09.021.

» <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.09.021>

26. SCHERR, C.; CUNHA, A.B.; MAGALHÃES, C.K.; ABITIBOL, R.A.; BARROS, M.; CORDOVIL, I. Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. *Arq. Bras. Cardiol*. vol.94 no.6. São Paulo June 2010 Epub May 28, 2010.

27. Barreto, Joaquim et al. O Impacto da Educação na Mortalidade por Todas as Causas após Infarto do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST): Resultados do Brasília Heart Study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2021, v. 117, n. 1 [Acessado 13 Setembro 2022] , pp. 5-12. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20190854>>. Epub 26 Jul 2021. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20190854>.

Autor de correspondência

Ihago Santos Guilherme
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil, 02 - S/N. CEP: 71916-000. Águas Claras.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ihagosg@gmail.com

Acesso a Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: uma Revisão Integrativa

Access to drugs from the specialized component of pharmaceutical assistance: an integrative review

Acceso a medicamentos del componente especializado de asistencia farmacéutica: una revisión integradora

Acácia da Hora Brito¹, Mariana de Oliveira Araújo²

Como citar: Brito AH, Araújo MO. Acesso a Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: uma Revisão Integrativa. 2023; 12(4): 770-85. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p770a785>

REVISA

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8953-1040>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6001-6299>

Recebido: 27/07/2022
Aprovado: 29/09/2022

RESUMO

Objetivo: Descrever as dificuldades e/ ou facilidades encontradas no acesso a medicamentos do CEAF. **Método:** Revisão integrativa de literatura, com levantamento online no Portal de Periódicos Eletrônicos disponibilizado pela CAPES, nas Bases de Dados DOAJ, Latindex, SciELO Brazil e Medline Complete, com os Descritores em Ciências da Saúde: Assistência farmacêutica, Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Acesso aos serviços de saúde. Foram selecionados nove artigos, sendo realizada análise descritiva, com a criação das categorias: Facilidades no acesso aos medicamentos do CEAF; Dificuldades no acesso aos medicamentos do CEAF. **Resultados:** As facilidades encontradas foram: descentralização; aumento de usuários; qualificação da equipe; encaminhamento dos documentos; preenchimento da prescrição médica com Denominação Comum Brasileira; infraestrutura; participação do farmacêutico; oferta de medicamentos em casa. Já as dificuldades foram: insuficiência de recursos; acesso a consultas; tempo para avaliação das solicitações; necessidade de incorporação de medicamentos; insuficiência de farmacêutico; falta de estrutura física; déficit de conhecimento dos médicos e farmacêuticos sobre os PCDT; ações judiciais. **Conclusão:** É necessário superar os desafios encontrados para que o acesso aos medicamentos do CEAF seja efetivado na prática enquanto direito de cidadania. **Descritores:** Assistência Farmacêutica; Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the difficulties and/or facilities encountered in accessing CEAF medication. **Method:** Integrative literature review, with online survey in the Electronic Journals Portal made available by CAPES, in the DOAJ, Latindex, SciELO Brazil and Medline Complete Databases, with the Health Sciences Descriptors: Pharmaceutical assistance, Medicines of the Specialized Component of Assistance Pharmaceuticals and Access to Health Services. Nine articles were selected, and a descriptive analysis was carried out, with the creation of the categories: Ease of access to CEAF medicines; Difficulties in accessing CEAF medicines. **Results:** The facilities found were: decentralization; increase in users; team qualification; routing of documents; filling out the medical prescription with Brazilian Common Denomination; infrastructure; pharmacist participation; supply of medicines at home. The difficulties were: insufficient resources; access to queries; time for evaluating requests; need for medication incorporation; pharmacist insufficiency; lack of physical structure; lack of knowledge of physicians and pharmacists about PCDT; judicial actions. **Conclusion:** It is necessary to overcome the challenges encountered so that access to CEAF medicines is implemented in practice as a right of citizenship. **Descriptors:** Pharmaceutical Assistance; Medicines of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance; Access to health services.

RESUMEN

Objetivo: Describir las dificultades y/o facilidades encontradas en el acceso a la medicación CEAF. **Método:** Revisión integrativa de la literatura, con encuesta en línea en el Portal de Revistas Electrónicas disponible por la CAPES, en las Bases de Datos DOAJ, Latindex, SciELO Brasil y Medline Complete, con los Descriptores de Ciencias de la Salud: Asistencia Farmacéutica, Medicamentos del Componente Especializado de Asistencia Farmacéutica y Acceso a los Servicios de Salud. Se seleccionaron nueve artículos y se realizó un análisis descriptivo, con la creación de las categorías: Facilidad de acceso a los medicamentos del CEAF; Dificultades en el acceso a los medicamentos del CEAF. **Resultados:** Las facilidades encontradas fueron: descentralización; aumento de usuarios; calificación del equipo; enrutamiento de documentos; diligenciamiento de la prescripción médica con Denominación Común Brasileña; infraestructura; participación farmacéutica; suministro de medicamentos a domicilio. Las dificultades fueron: recursos insuficientes; acceso a consultas; tiempo para evaluar las solicitudes; necesidad de incorporación de medicamentos; insuficiencia farmacéutica; falta de estructura física; falta de conocimiento de médicos y farmacéuticos sobre PCDT; acciones judiciales. **Conclusión:** Es necesario superar los desafíos encontrados para que el acceso a los medicamentos del CEAF sea implementado en la práctica como un derecho de ciudadanía. **Descritores:** Asistencia Farmacéutica; Medicamentos del Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica; Acceso a los servicios de salud.

Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988¹, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece em seu Art. 6º que a saúde é um direito social, bem como preconiza no Artigo 196, na Seção II da Saúde, que é “um direito de todos os cidadãos e dever do Estado”, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que busquem minimizar o risco de doenças e de outros agravos e promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde, apesar de ser garantido constitucionalmente, ainda é, na maioria das vezes, excludente, seletivo e desigual. Além disso, os resultados do estudo realizado por Araújo, Nascimento e Araújo² destacaram que os usuários têm encontrado dificuldades e limites para acessar os serviços de saúde, dentre elas, a demanda por esses serviços ser maior que a oferta.

A Lei 8080/ 90³, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabeleceu a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuição de cada esfera de governo. Além disso, em seu artigo 6º assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica. Por seguinte, em 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁴, buscando garantir o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) instituída pela Resolução Nº 338/ 2004⁵, define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, a qual tem o medicamento como insumo essencial e busca promover o seu acesso e uso racional. A PNAF amplia a concepção, antes limitada a uma política de medicamentos, ao envolver um conjunto de ações sob os princípios da integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde terapêutica no SUS.

Posteriormente à promulgação da PNAF, outras estratégias foram implantadas buscando promover o acesso a medicamentos no SUS, dentre as quais destaca-se o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças por ele contempladas, sendo os medicamentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes (PCDT) através das diversas linhas de cuidado⁶.

Após a implantação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em 2009, alguns avanços no acesso aos medicamentos puderam ser verificados. Segundo o Ministério da Saúde⁶, o número de pacientes atendidos no SUS pelo CEAF aumentou 44,5% no período de 2009 a 2013. Do mesmo modo, houve uma ampliação do investimento do Governo Federal no período de 2003 a 2014 para promover acesso gratuito aos medicamentos pelo SUS, ampliando-se de R\$ 1,96 bilhão em 2002 para um total de R\$ 12,42 bilhões em 2014, o que representou um aumento financeiro de 534%⁶.

Estudo realizado por Silva e Costa⁷ apresentou que a implantação do programa de descentralização do CEAF em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará elevou o número de pacientes cadastrados de 18 para 709 nos primeiros quatro anos de desenvolvimento do referido programa, o que aponta para a ampliação no acesso aos medicamentos disponibilizados.

Contudo, apesar dos avanços elencados, muitas vezes, o acesso a medicamentos do CEAF não tem sido efetivado na prática enquanto um direito de cidadania. Diferentes obstáculos são encontrados e distintos desafios compõem uma conjuntura complexa os quais são conduzidos pelos gestores do SUS, buscando garantir o acesso integral e universal aos medicamentos.

Considera-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para ampliar a produção de conhecimento sobre o acesso a medicamentos do CEAF, o que justifica a sua realização. Além disso, poderão ser identificados lacunas ou avanços no acesso aos medicamentos do CEAF, o que poderá contribuir para a discussão e elaboração de estratégias no âmbito acadêmico, assistencial e de gestão, que busquem fortalecer as facilidades e superar as dificuldades encontradas e, com isso, contribuir para que o acesso a esses medicamentos seja efetivado, de acordo com a Constituição Federal Brasileira.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi descrever as dificuldades e/ ou facilidades encontradas no acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, que buscou agrupar e discutir informações diversificadas de estudos realizados anteriormente, os quais utilizaram diferentes metodologias, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre o tema abordado. O estudo foi elaborado a partir das etapas recomendadas por Botelho, Cunha e Macedo⁸: na primeira etapa determinou-se o objeto a ser estudado, sendo identificado o tema e selecionada a questão de pesquisa “Quais as dificuldades e/ ou facilidades encontradas no acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?”.

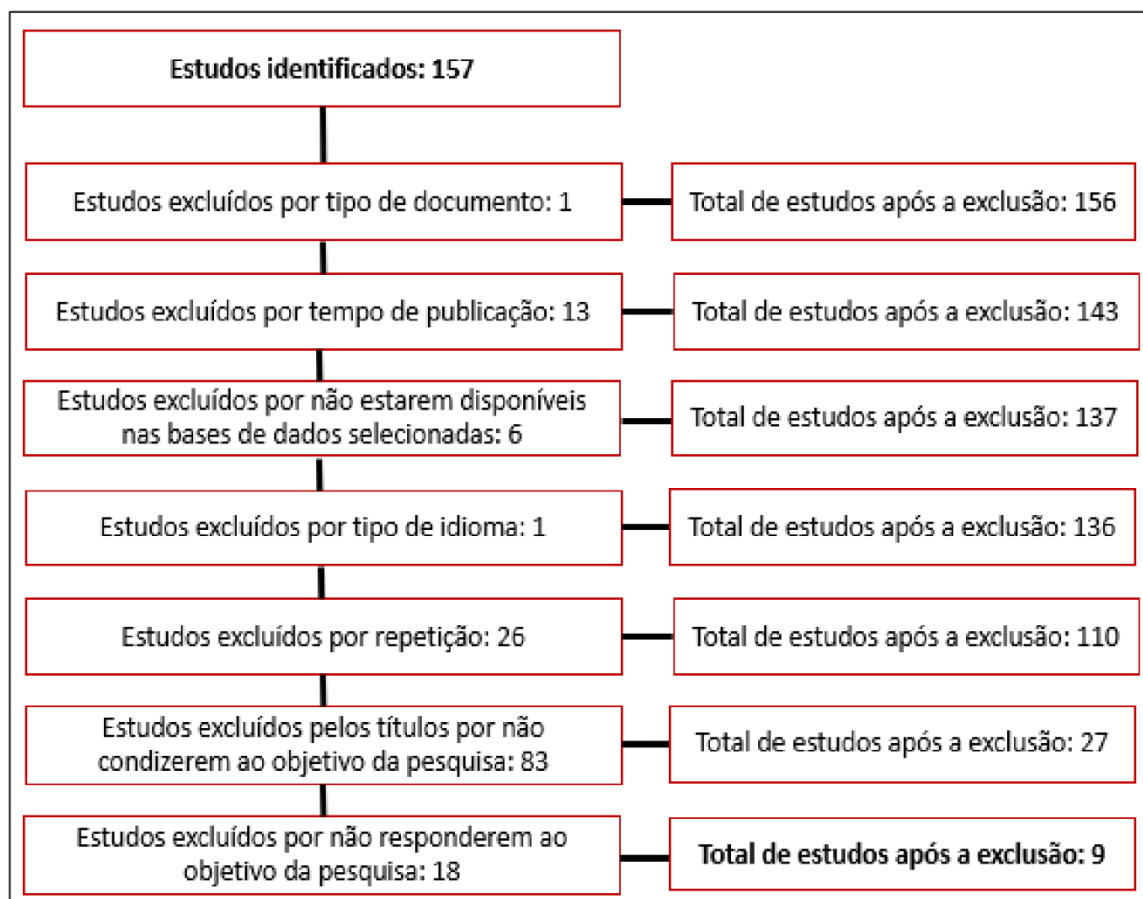
A pesquisa online das produções científicas ocorreu no mês de abril de 2022 e o banco de dados escolhido foi o Portal de Periódicos Eletrônicos disponibilizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: Assistência farmacêutica, Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Acesso aos serviços de saúde, aplicando-se o recurso de operador booleano AND para aprimorar o refinamento das buscas, sendo agrupados da seguinte forma: Assistência farmacêutica AND Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica AND Acesso aos serviços de saúde.

Na segunda etapa definiu-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos científicos a serem analisadas. Os critérios de inclusão foram: tipo de produção científica na modalidade de artigos, publicados no período de 2011 a 2022, em português, inglês e espanhol, disponíveis online na íntegra na coleção da Directory of Open Access Journals (DOAJ), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), SciELO Brazil (Scientific Electronic Library Online) e Medline Complete (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Foram classificados como critérios de exclusão: artigos repetidos e que não

responderem ao objetivo da pesquisa. Na primeira busca foram selecionados 136 artigos.

Na terceira etapa, com a finalidade de selecionar os artigos, os mesmos foram avaliados primeiramente através do título, em seguida por seus resumos e objetivos, certificando se estavam de acordo com o objetivo deste trabalho. Por seguinte, foram excluídos 26 artigos por estarem repetidos, 83 pelos títulos e 18 após a leitura dos resumos por não corresponderem ao objetivo e à questão de investigação proposta neste estudo, totalizando, assim, nove (9) artigos, que integraram a composição deste estudo, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma com a síntese da seleção de artigos na Portal de Periódicos da CAPES, para a construção da Revisão Integrativa.



Na quarta etapa, após realizar a leitura minuciosa dos nove (9) artigos, foi possível obter informações dos mesmos e desenvolveu-se a categorização dos estudos selecionados. Por seguinte, foi construído o Quadro 1, com a caracterização dos artigos – autor(es), objetivo, resultados, local, periódico em que foi publicado e ano –, auxiliando na definição das categorias: Dificuldades encontradas no acesso a medicamentos do CEAF e Facilidades encontradas no acesso a medicamentos do CEAF.

Na quinta etapa, procedeu-se a análise e interpretação dos resultados, a partir da análise descritiva dos artigos que compuseram a revisão integrativa. Por fim, na sexta etapa, desenvolveu-se a apresentação da revisão propriamente

dita e a síntese do conhecimento, as quais foram apresentadas nos itens Resultados e Discussão.

Resultados e Discussão

Neste estudo, foram utilizados nove artigos, os quais são apresentados de maneira resumida no Quadro 1. Das nove publicações analisadas, seis foram estudos com abordagem quantitativa e três com abordagem qualitativa, o periódico com maior número de publicações foi a “Revista Ciência & Saúde Coletiva”, com cinco artigos.

Quadro 1- Síntese das produções científicas incluídas na Revisão Integrativa segundo autor(es), objetivo, resultados, local/ periódico e ano de publicação.

Autor(es)/ Local/ Periódico/ Ano	Objetivo	Resultados
1) Rover et al./ Florianópolis/ Ciência & Saúde Coletiva/ 2021.	Caracterizar a organização do CEAF em quatro estados, de diferentes regiões do país.	Foram verificadas diferenças entre os estados em evidência como a proporção de usuários e a descentralização dos serviços. Salienta-se melhorias no acesso a medicamentos, apesar dessas dificuldades para a efetivação dos objetivos do CEAF, como a carência de recursos, mão de obra qualificada e, a disponibilidade de consultas e exames necessários.
2) Rover et al./ Florianópolis/ Ciência & Saúde Coletiva/ 2017.	Aplicar um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF em um estado do Sul do Brasil.	A capacidade de gestão é fundamental que precisa de avanços nas três dimensões avaliadas, sobretudo referente aos aspectos que objetivam à sustentabilidade da gestão.
3) Comiran et al./ Curitiba/ Revista de Saúde Pública/ 2018.	Implementar o serviço de entrega em casa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Farmácia do Paraná, 2ª Regional de Saúde Metropolitana na forma de um projeto piloto no ano de 2017.	A entrega dos medicamentos em casa tem por finalidade favorecer o acesso ao tratamento para o público idoso, considerando a limitação de muitos em se deslocarem até a farmácia. Essa ação colabora no melhoramento do fluxo de atendimento a todos os usuários, reduzindo o tempo de espera.
4) Saraiva e Barros/ Fortaleza/ Id on Lin: Revista Multidisciplinar de Psicologia/ 2018.	Levantar dados referentes a repasses financeiros mensais relativos aos medicamentos antipsicóticos destinados aos pacientes com esquizofrenia cadastrados no referido serviço de saúde, durante o ano de 2015.	O medicamento mais caro utilizado no tratamento da esquizofrenia foi a Quetiapina 200mg, seguida da Olanzapina 10mg e 5mg. A Risperidona 2mg foi o medicamento que menos gerou uma sobrecarga financeira no período da pesquisa. O custo anual total foi de R\$55.867,70 com medicamentos antipsicóticos destinados a atender a demanda de 62 pacientes cadastrados no serviço de saúde.
5) Lima-Dellamora; Caetano e Osorio-de-Castro/ Rio de	Analisar a adesão aos PCDT no processo de dispensação de medicamentos	Verificou-se que a estrutura dos Núcleos estudados interfere na dispensação dos medicamentos do CEAF, sendo apontada a

<p>Janeiro/ Ciência & Saúde Coletiva/ 2012.</p>	<p>do CEAF.</p>	<p>falta de qualificação da força de trabalho. O fluxo de dispensação depende especialmente da interação entre prescritores e dispensadores, o qual não ocorre como esperado. Possivelmente, as instabilidades no desempenho das atividades originam-se devido às falhas no planejamento e na organização de serviços.</p>
<p>6) Rigo; Levandovski e Tschiedel/ Rio Grande do Sul/ Ciência & Saúde Coletiva/ 2021.</p>	<p>Avaliar a adesão de médicos ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Parkinson (PCDT-DP), no âmbito do SUS.</p>	<p>Apenas 5,33% das solicitações averiguadas apresentaram adesão completa às orientações do protocolo. Destacaram-se como principais dificuldades informadas nas respostas ao questionário a falta de tempo para preenchimento dos documentos obrigatórios (52%) e nenhum ou pouco conhecimento sobre o protocolo (48%).</p>
<p>7) Chieffi; Barradas e Goulbaun/ São Paulo/ BMC Health Services Research/ 2017.</p>	<p>Caracterizar os processos de medicação movidos entre 2010 e 2014 contra a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no Brasil, seguindo as políticas de Assistência Farmacêutica.</p>	<p>A quantidade de processos aplicados por produtos relacionados à saúde aumentou cerca de 63%; os medicamentos foram um dos equipamentos que obtiveram maior demanda. Dos medicamentos fornecidos pelo componente especializado, 81,3% foram prescritos de forma incompatível com os protocolos publicados pelo Ministério da Saúde. A insulina glargina foi o fármaco mais demandado (6,3%), seguido da insulina asparte (3,3%). Os dados judiciais expuseram que a maior parte das ações envolveu processos por demandas individuais, ponderadas por advogados particulares. Os dados obtidos apontam desigualdade na distribuição entre o total de processos e advogados, o total de processos e prescritores, revelando a concentração de advogados e médicos na proposta das ações.</p>
<p>8) Caliari; Ricardi e Moreira/ Espírito Santo/ Ciência & Saúde Coletiva/ 2022.</p>	<p>Analisar as manifestações dos cidadãos à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014-2018, discutindo-as e compreendendo-as como evidências capazes de orientar a tomada de decisões dos gestores do SUS.</p>	<p>Foram registradas 216.832 manifestações e 114.618 perfis dos cidadãos que contactaram com a Ouvidoria-Geral do SUS nesse período, sendo o principal canal o Disque Saúde 136. As reivindicações, especialmente ligadas a solicitações, reclamações e denúncias, estavam como assuntos mais frequentes a gestão do sistema, a assistência à saúde e a assistência farmacêutica.</p>
<p>9) Silva et al./ Belo Horizonte/ Advances in Rheumatology/ 2019.</p>	<p>Avaliar o perfil dos processos administrativos para o tratamento da artrite psoriática identificar o tempo decorrido no fluxo dos processos e seus fatores associados</p>	<p>Avaliou-se 218 casos contendo 250 medicamentos. O tempo mediano entre a consulta médica e a primeira dispensação foi de 66 dias (intervalo interquartil, 44-90). A tramitação do Estado foi a fase que mais colaborou para maior tempo gasto. Os fatores associados para uma entrega prolongada dos medicamentos foram prescrições oriundas de clínicas e centros de</p>

		especialidades, de dermatologistas, processos não autorizados e pacientes não persistentes no tratamento em 12 meses.
--	--	---

Em relação a região onde foram realizados os estudos, quatro foram na região Sul, quatro na região Sudeste e um na região Nordeste. O ano de publicação variou conforme apresentado: um artigo foi publicado no ano de 2022, dois no ano de 2021, um em 2019, dois em 2018, dois em 2017 e um em 2012.

Todos os estudos identificam e analisam de maneira geral, as facilidades e dificuldades que influenciam no acesso aos medicamentos do CEAF. No que se refere às facilidades encontradas no acesso ao CEAF foram destacadas: a descentralização do componente; ampliação do acesso aos medicamentos; aumento de usuários atendidos; qualificação da equipe que compõe o serviço; encaminhamento correto dos documentos exigidos; preenchimento da prescrição médica com Denominação Comum Brasileira; infraestrutura mínima; participação do farmacêutico na primeira dispensação e oferta de medicamentos em casa^{9,10,11,12,13,14}.

Entre as dificuldades que influenciam no acesso aos medicamentos do CEAF, os artigos expõem: a insuficiência de recursos; dificuldade no acesso a consultas; longo tempo para avaliações das solicitações; falta do medicamento; falta de monitoramento clínico; necessidade de incorporação de medicamentos; insuficiência de farmacêutico; falta de estrutura física; poucas unidades de atendimento; déficit de conhecimento dos médicos e farmacêuticos sobre os PCDT; atraso na dispensação; déficit na capacitação profissional; preenchimento inadequado dos documentos pelos prescritores e ações judiciais^{9,10,12,13,14,15,16,17}.

As facilidades e dificuldades identificadas nos artigos analisados são descritas de maneira esquemática no Quadro 2.

Quadro 2- Facilidades e dificuldades no acesso aos medicamentos do CEAF.

FACILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização; • Ampliação do acesso aos medicamentos; • Aumento de usuários atendidos; • Qualificação da equipe que compõe o serviço; • Encaminhamento correto dos documentos; • Preenchimento da prescrição médica com Denominação Comum Brasileira; • Infraestrutura; • Participação do farmacêutico na primeira dispensação; • Oferta de medicamentos em casa.
DIFICULDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de recursos; • Dificuldade no acesso a consultas; • Longo tempo para avaliações das solicitações; • Falta do medicamento; • Falta de Monitoramento clínico; • Necessidade de incorporação de medicamentos; • Insuficiência de farmacêutico; • Falta de estrutura física; • Poucas unidades de atendimento; • Déficit de conhecimentos dos médicos e farmacêuticos sobre os PCDT; • Atraso na dispensação;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Déficit na capacitação profissional;• Preenchimento inadequado dos documentos pelos prescritores;• Ações judiciais. |
|--|---|

Facilidades no acesso aos medicamentos do CEAF

As ações da Assistência Farmacêutica, quando executadas de maneira planejada, podem contribuir para uma terapêutica racional e proporcionar uma melhor qualidade de vida para o indivíduo. O medicamento funciona como um elemento de relevância para aqueles que necessitam, contribuindo no tratamento de inúmeras manifestações patológicas que atingem a sociedade¹⁸.

Nessa perspectiva, o A1⁹ e A7¹⁴ expõem que houve aumento do número de usuários atendidos pelo CEAF. O orçamento aprovado pela Lei Orçamentária Anual (LOA) saltou de R\$ 3,277 bilhões em 2009 para R\$ 4,9 bilhões em 2014¹⁹. A partir desses resultados, percebe-se que ocorreram inúmeras transformações desde a implementação do componente em 2009 na Assistência Farmacêutica, as quais favoreceram o seu financiamento, o aumento na quantidade de usuários e a expansão do acesso a medicamentos por ele contemplados.

Em um levantamento realizado pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 1.332.672 pessoas foram tratadas em 2008 pelo CEAF; em 2013, esse número avançou para 1.751.387 pessoas¹⁹. Os incentivos financeiros contribuíram para ampliação do CEAF o que pode resultar no aumento do acesso a medicamentos e maior número de indivíduos beneficiados pelo serviço.

Outro fator apontado pelo A1⁹ e A2¹⁰ foi a descentralização, a qual contribuiu para o aumento do acesso aos medicamentos. A descentralização do acesso aos medicamentos é apontada pela PNAF como um dos eixos estratégicos na garantia dos princípios definidos no SUS, destacando que os Estados têm buscado ampliar a descentralização do CEAF com o objetivo de facilitar o acesso aos medicamentos pelos usuários²⁰. O processo de descentralização oportunizou maior contato com a realidade e especificidades sociais, políticas, administrativas e econômicas das regiões do nosso país²¹. Esses dados podem refletir a ampliação no acesso aos medicamentos disponibilizados pelo CEAF.

A respeito das facilidades o A1⁹ e A3¹¹ fazem referência a qualificação dos profissionais que trabalham na execução das atividades do CEAF. Para Mattia²⁰, estratégias devem ser adotadas na organização, padronização do serviço e estruturação dos processos de trabalho, assim como também na realização de capacitação dos profissionais de saúde, as quais são essenciais e poderão colaborar para ampliar o acesso aos medicamentos pelos usuários.

Estudo realizado por Martins²² apontou que o indicador de Recursos Humanos apresentou avanços na capacitação dos profissionais farmacêuticos, na medida em que, ocorrem duas ou mais capacitações desses profissionais durante o ano. É essencial que sejam promovidas práticas de educação destinadas aos profissionais envolvidos na execução do CEAF de modo que consigam atender às necessidades de cada usuário e colaborem positivamente no fluxo de atendimento.

O A2¹⁰ pontua a importância da participação do farmacêutico no ato da dispensação dos medicamentos aos usuários do CEAF. A PNM conceitua o ato da dispensação de medicamentos como o “conjunto de ações realizadas pelo profissional farmacêutico, que tem por finalidade o fornecimento de

medicamentos, e a orientação sobre o uso adequado do medicamento”. Desse modo, essa prática pode contribuir para a otimização dos benefícios e minimização dos riscos relacionados à farmacoterapia, tornando-se uma oportunidade de corrigir problemas associados à utilização dos medicamentos⁴.

Para Mattia²⁰, a dispensação do medicamento envolve vários processos, desde o acolhimento do paciente, avaliação da prescrição, orientações a respeito de interações medicamentosas, efeitos adversos dos medicamentos e do tratamento prescrito, a farmacovigilância, assim como também o uso racional de medicamentos, apontando a sua importância na garantia de um tratamento eficaz, seguro e de qualidade. Diante do exposto, ressalta-se a relevância dos serviços farmacêuticos, pois pode promover o acesso aos medicamentos e a adesão ao tratamento, bem como contribuir para a redução dos custos desnecessários gerados pelo impacto do uso inadequado de fármacos.

O A6¹³ destaca como elemento facilitador o prescritor possuir conhecimento sobre os documentos necessários para solicitação dos medicamentos, pois para serem deferidas, é preciso cumprir os critérios estabelecidos nos PCDT e apresentar toda a documentação obrigatória exigida²³. Além disso, o A6¹³ em seus resultados salienta a importância do preenchimento dos documentos necessários para solicitação dos medicamentos com a Denominação Comum Brasileira (DCB).

O A1⁹ aponta como facilidade no acesso aos medicamentos do CEAF o uso de sistema de informação gerencial. Estudo realizado por Silva e Costa⁷ demonstra que após a instalação de um sistema responsável pelo gerenciamento do CEAF na CRES, nos 11 municípios da regional, houve progresso no fluxo e aumento do número de pacientes beneficiados pelo programa no ano de 2013, facilitando o itinerário dos usuários aos atendimentos em seu próprio município de residência.

Sendo assim, o uso de sistema de informação pode propiciar uma maior fluidez nas atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam no CEAF, além de poder oferecer um serviço com maior qualidade para a população, como também evitar desperdício e garantir o abastecimento oportuno das unidades.

De acordo com Waetge e Machado²⁴ a utilização dos websites como instrumento de ação para o acesso a informações de Secretarias Estaduais de Saúde, possibilita a transparência e a facilidade no compartilhamento de informações públicas e se constitui em uma estratégia que deve ser utilizada na qualificação do acesso aos medicamentos do CEAF.

O A2¹⁰ complementa, apontando a importância das condições mínimas de infraestrutura como elemento facilitador. A estruturação dos serviços farmacêuticos, com o fornecimento de recursos humanos e físicos é fundamental para garantir o adequado armazenamento, a gestão de estoque e a dispensação qualificada e focada no cuidado ao paciente, com a finalidade de promover a adesão ao tratamento e o uso racional de medicamentos¹⁹. A adequação na infraestrutura das unidades, pode promover também a qualidade no processo de trabalho, no atendimento ao usuário e segurança no armazenamento dos medicamentos.

Outro aspecto facilitador no acesso aos medicamentos do CEAF destacado no A3¹¹ foi a oferta de medicamentos em casa. O estudo de Mattia²⁰ menciona os

modelos de fornecimento de medicamentos, a exemplo de entrega domiciliar, como um elemento positivo para o acesso aos medicamentos.

Destaca-se que a qualificação do acesso aos medicamentos é fundamental na busca pela efetivação da assistência terapêutica integral, o que aponta para a necessidade de vencer os diferentes desafios na política de acesso aos medicamentos do CEAF, através de investimentos e novas estratégias que fortaleçam o serviço e que procurem efetivar o cuidado continuado ao usuário¹⁹.

Dificuldades no acesso aos medicamentos do CEAF

O acesso a medicamentos no Brasil é considerado um dos maiores desafios da saúde. O CEAF foi criado a partir da necessidade de ampliar a cobertura da terapia farmacológica para patologias crônicas do ponto de vista clínico-epidemiológico, porém algumas fragilidades que podem comprometer o tratamento ainda precisam ser enfrentadas.

Entre os obstáculos a serem superados pelo CEAF pode-se citar a falta de recursos, a qual foi mencionada pelos A1⁹ e A2¹⁰. Segundo Remondi, Cabrera e Souza²⁵, os principais motivos apontados para a interrupção do tratamento constituem-se a falta de recursos financeiros para aquisição dos fármacos e sua indisponibilidade nos serviços de saúde.

Em consequência da insuficiência de recursos, a falta de medicamento foi apontada pelos A2¹⁰, A5¹⁵ e A8¹⁶. Desta maneira, diferentes motivos podem explicar a ausência dos medicamentos e não apenas o resultado de deficiências financeiras, infraestrutura e recursos humanos, como a postura dos governos, dos médicos, dos dispensadores, dos consumidores e da própria indústria farmacêutica²⁶. Portanto, outros fatores contribuem para dificuldades no acesso aos serviços do CEAF, além da insuficiência financeira. Sendo assim, para que a oferta dos serviços disponibilizados pelo componente suceda-se com fluidez e qualidade, é necessário a colaboração de todos os atores envolvidos no serviço.

O A1⁹ complementa, relacionando a falta de medicamento vinculado a problemas na aquisição. Segundo Medeiros²⁷, o tempo médio de desabastecimento das unidades em relação a fármacos comprados pela Secretaria Estadual de São Paulo é de 65 dias por ano, justificando como motivos a dificuldade no processo de aquisição de medicamentos (33% das ocorrências) e o atraso nas entregas pelos fornecedores (22% das ocorrências). Do mesmo modo, o A4¹² faz referência a ausência de repasse do medicamento pela esfera governamental.

Diante o exposto, destaca-se que quando as operações das atividades não seguem os padrões recomendados poderá ocasionar a indisponibilidade dos medicamentos nas unidades de atendimento. O desabastecimento constitui um fator desafiador na integralidade do tratamento, visto que pode provocar a descontinuidade da terapia medicamentosa e a sua não efetivação.

O atraso na dispensação foi citado pelos A2¹⁰, A5¹⁵ e A6¹³ como elemento dificultador na continuidade ou no início da terapia medicamentosa. Estudo realizado por Venâncio e outros²⁸ verificou incoerência na dispensação de medicamentos do componente, em desacordo ao preconizado nos PCDT.

Verifica-se que o preenchimento inadequado dos documentos pelos prescritores também se constitui em um obstáculo no acesso aos medicamentos

do CEAF, fator ressaltado pelos A5¹⁵ e A6¹³. O preenchimento incorreto e incompleto da documentação obrigatória pode resultar em transtornos e dificuldades de acesso ao usuário aos medicamentos, como devoluções de processos e indeferimentos⁷. Deste modo, salienta-se a necessidade de que os documentos sejam preenchidos com todas as informações necessárias, para evitar atrasos no acesso aos medicamentos do CEAF.

Outro fator ligado ao atraso na dispensação refere-se ao longo tempo para avaliação das solicitações salientado no A1⁹ e A7¹⁴. Para Rover²⁶, existem fluxos estabelecidos para avaliação das solicitações de medicamentos e diretrizes de abrangência estadual que regulamentam este processo, entretanto é importante destacar que na prática estas regulamentações nem sempre garantem que essas comissões funcionem de forma adequada, além de alguns farmacêuticos terem conhecimento sobre estas diretrizes. Observa-se a necessidade das comissões de avaliação serem compostas por profissionais que conheçam e façam parte do serviço, a fim de que a análise das solicitações de medicamentos ocorra em prazo adequado e o usuário possa ter acesso fármaco em tempo oportuno.

Os A2¹⁰ e A5¹⁵ abordam ideias complementares em relação ao déficit na capacitação profissional. Estudo realizado por Martins²² aponta a necessidade de aperfeiçoamento e qualificação de outros profissionais que atuam nos serviços do CEAF. Segundo Rover²⁶, no Estado de Santa Catarina constatou-se certa carência a respeito da capacitação de recursos humanos envolvidos no CEAF, com baixo percentual de treinamentos anuais para farmacêuticos, sendo que as principais necessidades de qualificação mencionadas pelos farmacêuticos participantes foram relacionadas aos PCDT, procedimentos do componente, monitoramento clínico e sobre o sistema de informação utilizado.

Os A2¹⁰, A5¹⁵, A6¹³ e A8¹⁶ apontam sobre as dificuldades inerentes a falta do profissional farmacêutico. O A1⁹ complementa, salientando que a força de trabalho no CEAF é insuficiente. Esses artigos destacam os obstáculos no acesso aos medicamentos do CEAF ocasionados pelo déficit de funcionários nas unidades.

O farmacêutico desenvolve atividades importantes no CEAF, tanto na coordenação da equipe, como na promoção da sua interação e na oferta de uma assistência especializada ao usuário relacionada à farmacoterapia^{29,30}. A equipe de funcionários com número reduzido de farmacêuticos, pode comprometer a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica²⁶.

Destaca-se que a dispensação se constitui em uma oportunidade dos profissionais orientarem os usuários e verificarem possíveis danos associados à prescrição, podendo ser considerada a etapa final dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e o início dos técnico-assistenciais. Portanto, a efetivação do CEAF como uma estratégia eficaz e resolutiva na garantia de acesso aos medicamentos necessita de uma mudança significativa na postura dos profissionais que integram os serviços de saúde de modo a promover a integralidade nas linhas de cuidados clínicos.

No que diz respeito às limitações de acesso aos medicamentos do CEAF, a dificuldade no acesso a consultas foi apontada pelos A1⁹ e A2¹⁰. Em estudo realizado por Silva e Costa⁷ outra barreira encontrada foi o acesso a consultas que confirmem o diagnóstico e a ausência de profissionais especializados. Segundo

Rover³¹, os procedimentos, como consultas com especialistas e exames, critérios de diagnóstico e mecanismos para o monitoramento clínico descritos no PCDT, não têm sido garantidos de maneira universal para a população o que poderá dificultar o acesso aos medicamentos do CEAF.

Outro aspecto citado que dificulta o acesso aos medicamentos do CEAF foi a falta de estrutura física abordada nos A1⁹, A2¹⁰ e A5¹⁵. O gestor estadual precisa inserir recursos nas unidades que dispensam os medicamentos do CEAF, tendo em vista a necessidade de infraestrutura adequada desses locais, em busca de maior qualidade de trabalho, atendimento ao paciente e segurança no armazenamento de medicamentos de alto valor agregado²².

As poucas unidades de atendimentos para dispensação de medicamentos do CEAF foram apontadas como dificultadores do acesso a esses fármacos no A1⁹ e A7¹⁴. A realidade dos indivíduos que residem na capital é diferente daqueles das demais regiões do estado, principalmente as do sertão, onde encontram-se pouco mais de 2% da população cadastrada nas unidades dispensadoras³². A centralização das unidades que oferecem os serviços do CEAF pode dificultar o acesso dos indivíduos que habitam em locais distantes das capitais.

O A1⁹ e A6¹³ reforçam o déficit de conhecimento dos médicos e farmacêuticos sobre os protocolos, o que pode ocasionar expressivos transtornos e dificuldades de acesso aos medicamentos do CEAF pelos usuários. Salienta-se que os PCDT se constituem em uma ferramenta importante que é utilizada para proporcionar o uso racional de medicamentos e para uniformizar os métodos de diagnósticos e monitoramento e precisam ser seguidos.

Outro aspecto dificultador é a necessidade de incorporação de medicamentos, apontados pelos A1⁹, A7¹⁴ e A8¹⁶. No Brasil, a incorporação de medicamentos sem interesse mercadológico é um desafio a ser superado, com o propósito de reduzir as iniquidades na saúde¹⁹.

A regulação do desenvolvimento e da incorporação de novas tecnologias em saúde, principalmente de medicamentos, é fundamental para assegurar que a sua produção atenda às necessidades da população a custos toleráveis³³.

As limitações de acesso à farmacoterapia por meio do CEAF tem avançado no crescimento de vias alternativas de acesso aos medicamentos desse componente, como as ações judiciais, mencionadas pelo A6¹³ e A7¹⁴. Os significativos investimentos com as ações judiciais oneram o sistema, uma vez que o custeio dessas ações é garantido com a utilização de recursos dos componentes existentes, podendo resultar no aumento de gastos com o CEAF, bem como indicar diferentes problemas de acesso aos serviços de saúde pela população^{34,35}.

É preciso que os gestores e profissionais que atuam nos serviços de saúde desenvolvam estratégias de comunicação com a sociedade de modo a promover o seu conhecimento sobre os procedimentos necessários para acessar os medicamentos do CEAF, podendo assim contribuir para a efetivação do acesso ao direito aos medicamentos. Deste modo, é necessário que os agentes políticos colaborem na publicização de informações, principalmente para uma população com baixo nível de escolaridade, com a disponibilização de informações em linguagem acessível, que possibilite ao cidadão o acompanhamento da política de medicamentos especializados e suas atualizações²⁴.

Portanto, inúmeros desafios ainda precisam ser superados para a garantia do acesso aos medicamentos do CEAF, como a integração das ações e dos serviços do nível central e das unidades assistenciais, com a organização dos processos de trabalho e a padronização de condutas, de modo a garantir a continuidade da atenção à saúde de forma integral¹⁹.

Conclusão

Os estudos apontaram diversificados fatores que colaboram para a continuidade do serviço, como também, aspectos que impedem o acesso aos medicamentos do CEAF.

No que se refere às facilidades no acesso aos medicamentos do CEAF descritas neste estudo, destacam-se: descentralização do componente; ampliação do acesso aos medicamentos; aumento de usuários atendidos; qualificação da equipe que compõe o serviço; encaminhamento dos documentos exigidos; preenchimento da prescrição médica com Denominação Comum Brasileira; infraestrutura mínima; participação do farmacêutico na primeira dispensação e oferta de medicamentos em casa.

Com relação aos aspectos que dificultam o acesso aos medicamentos do CEAF, foram identificados: insuficiência de recursos; dificuldade no acesso a consultas; longo tempo para avaliações das solicitações; falta do medicamento; falta de monitoramento clínico; necessidade de incorporação de medicamentos; insuficiência de farmacêutico; falta de estrutura física; poucas unidades de atendimento; déficit de conhecimento dos médicos e farmacêuticos sobre os PCDT; atraso na dispensação; déficit na capacitação profissional; preenchimento inadequado dos documentos pelos prescritores e ações judiciais.

Destaca-se que o acesso aos serviços de saúde no país é um direito social inerente a todos os cidadãos e, deste modo, faz-se necessário que o usuário o conheça e possa reivindicar para a sua efetivação, exercendo a sua cidadania com autonomia. Para tanto, é necessária a publicização das informações para a população com relação aos seus direitos e deveres.

Salienta-se a necessidade de superar os desafios encontrados neste estudo para que o acesso aos medicamentos do CEAF seja efetivado na prática enquanto direito de cidadania. Destaca-se a relevância da articulação entre os serviços e o desenvolvimento de ferramentas pelos gestores públicos que favoreçam o acesso à informação sobre o CEAF a todos os cidadãos, bem como fortaleçam as facilidades descritas, tendo em vista a efetivação do acesso aos medicamentos do CEAF e a continuidade e qualidade da atenção à saúde disponibilizada aos usuários.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Título VIII, Seção II, Artigo 196. Da Saúde [internet]. Brasília; 1988 [citado 2022 mar 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Araujo MO, Nascimento MAA, Araujo BO. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. Revista de APS 2019; 22(1):1-13. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15844>
3. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2023 mar 17]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2023 mar 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
5. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2023 mar 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Componente especializado da assistência farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. [internet]. Brasília; 2014 [citado 2023 mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacaceutica-no-sus/sistema-horus/modulo-especializado/arquivos/2020/livro-2-componente-especializado-da-assist-ncia-farmac-utica-inova-o-para-a-garantia-do-acesso-a-medicamentos-no-sus.pdf>
7. Silva AAS, Costa SMC. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde [internet]. 2015 [acesso em 17 mar 2022]; 6(1):37-40. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/download/214/215/317#:~:text=Com%20o%20aumentamento%20da%20demanda,%C3%A9poca%20iniciou%20com%2018%20pacientes>
8. Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo, MO. Método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. Gestão Social 2011; 5(11):121-36. doi: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
9. Rover MRM, Faraco EB, Vargas-Peláez CM, Colussi CF, Storpirtis S, Farias MR et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva 2021; 26:5499-5508. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020>
10. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Faraco EB, Farias MR, Leite SN et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva 2017; 22:2487-2499. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>
11. Comiran E, Pugliese RLS, Karwowski F, Braga KCG. O serviço de entrega de medicamentos em casa como forma de melhoria do acesso em saúde pública: Revista de

Saúde Pública do Paraná 2018; 1(1):91-100. doi: <https://doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.47>

12.Saraiva SEM, Barros JT. Aspectos Farmacoeconômicos do Tratamento da Esquizofrenia no âmbito da Assistência Farmacêutica Especializada. ID on line. Revista de psicologia 2018; 12(42):634-640. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1288>

13.Rigo AP, Levandovski RM, Tschiedel B. Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor. Ciência & Saúde Coletiva 2021; 26:197-208. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.36432018>

14.Chieffi AL, Barradas RCB, Goulbaun M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system?. BMC Health Services Research 2017; 17(1): 1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2430-x>

15.Lima-Dellamora EC, Caetano R, Osorio-de-Castro CGS. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(9):2387-2396. doi: <https://doi.org/10.1590/S14-81232012000900019>

16.Caliari RV, Ricardi LM, Moreira MR. Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. Ciência & Saúde Coletiva 2022; 27:205-218. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.30712020>

17.Silva MRR, Santos JBR, Almeida AM, Teodoro-Alves, J, Kakehasi, AM, Acurcio FA. Access to high-cost medications for psoriatic arthritis in the National Health System in Brazil: the long path up to dispensation. Advances in Rheumatology 2019; 59(48):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s42358-019-0091-7>

18.Brito AH, Araújo MO, Araújo BO, Oliveira, LCF. Direito a medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica: compreensão de trabalhadores da atenção básica. Infarma-Ciências Farmacêuticas 2021; 33(1):48-58. doi: <https://doi.org/10.14450/2318-9312>

19.Lauton PM, Paixão MNJ. Avanços e desafios para garantia do acesso a medicamentos do componente especializado. Rev. Baiana Saúde Pública 2019; 43(1):9-28. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3212>

20.Mattia JPS. Estratégias de qualificação do acesso aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica utilizadas no Sul do Brasil. [especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.

21.Cardoso MCB, Mattos AIS, Santos AS, Cordeiro TMSC. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. Enfermagem Brasil 2016; 15(4):227-235. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i4.502>

22.Martins KOF. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.

23.Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2013 [citado 2023 mar 17]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html

24. Waetge TSG, Machado CJS. A realidade das informações da política de medicamentos especializados nos websites das Secretarias Estaduais de Saúde. *Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde* 2020; 14(4):926-941. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.1946>
25. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; 30(1):126-136. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613>
26. Rover MRM. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica em Santa Catarina. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina; 2016.
27. Medeiros AL. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.
28. Venâncio SI, Bersusa AAS, Martins PN, Figueiredo G, Awakamatsu A, Alves VAF. Avaliação do processo de dispensação de medicamentos aos portadores de hepatite C crônica em farmácias de componentes especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2014; 23(4):701-10. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400012>
29. Vieira FS, Marques DC, Jeremias SA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde. In: Osorio-de-Castro, CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. *Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 1-469.
30. Jamilo NM, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Osorio-de-Castro, CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. *Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 1-469.
31. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2016b; 26:691-711. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>
32. Leal MM. Acessibilidade do paciente asmático grave aos medicamentos previstos no componente especializado da assistência farmacêutica. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
33. Souza KSO, Souza LEPP, Lisboa ES. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. *Saúde em Debate* 2018; 42:837-848. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811904>
34. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, Leite SN. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. *Gaceta Sanitaria* 2016c; 30(2):110-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.005>
35. Vargas-Peláez CM, Rover MRM, Leite SN, Buenaventura FS, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. *Social Science & Medicine* 2014; 11:48-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.042>

Autor de correspondência

Acácia da Hora Brito
Rua da Jamaica nº 104. CEP: 41515070. Bairro da
Paz - Salvador, Bahia, Brasil
acaciabrito26@gmail.com

O papel do enfermeiro no combate à infecção cruzada durante a atuação da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva

The role of the nurse in the fight against cross-infection during the work of the multidisciplinary team in the intensive care unit

El papel del enfermero en la lucha contra la infección cruzada durante el trabajo del equipo multidisciplinario en la unidad de cuidados intensivos

Luis Lúcio do Nascimento¹, Magali Hiromi Takashi²

Como citar: Nascimento LL, Takashi, MH. O papel do enfermeiro no combate à infecção cruzada durante a atuação da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. 2023; 12(4): 800-10. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p800a810>

REVISA

1. Instituto Brasileiro de Educação e Saúde. São Caetano, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0005-5158-934X>

2. Instituto Brasileiro de Educação e Saúde. São Caetano, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7774-7178>

Recebido: 23/07/2022
Aprovado: 14/09/2022

RESUMO

Objetivo: demonstrar a importância da aplicação dos procedimentos de biossegurança para que se evite o contágio por infecção cruzada nas unidades de terapia intensiva. **Método:** trata-se uma revisão integrativa da literatura em que se buscou artigos científicos sobre a temática da infecção cruzada pela equipe multiprofissional nas UTI's em algumas bases de dados de Ciências e Saúde. **Resultados:** foram selecionados 10 artigos publicados entre os anos de 2016 e 2023. **Conclusão:** foi possível compreender, então, que o enfermeiro deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) e atuar como multiplicador das ações de prevenção, pois é necessário que existam atitudes responsáveis por parte da equipe multidisciplinar de saúde e que novas pesquisas nessa área devem ser desenvolvidas, visto que o tema da infecção cruzada não se esgota no que foi exposto pelo estudo ora apresentado.

Descritores: Infecções Relacionadas à Saúde; Infecção Hospitalar; Enfermagem; Equipe Multiprofissional de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to demonstrate the importance of applying biosafety procedures to avoid cross-infection contagion in intensive care units. **Method:** this is an integrative literature review in which scientific articles were sought on the subject of cross-infection by the multidisciplinary team in ICUs in some Science and Health databases. **Results:** 10 articles published between 2016 and 2023 were selected. **Conclusion:** it was possible to understand, then, that the nurse must be able to develop surveillance actions for infections related to health care (HAI) and act as a multiplier of actions of prevention, as it is necessary that there are responsible attitudes on the part of the multidisciplinary health team and that new research in this area must be developed, since the theme of cross-infection does not end with what was exposed by the study presented here.

Descriptors: Health-Related Infections; Hospital Infection; Nursing; Multiprofessional Health Team.

RESUMEN

Objetivo: demostrar la importancia de aplicar procedimientos de bioseguridad para evitar la infección cruzada en unidades de cuidados intensivos. **Método:** se trata de una revisión integradora de la literatura en la que se buscaron artículos científicos sobre el tema de infección cruzada realizados por el equipo multidisciplinario en las UCI en algunas bases de datos de Ciencia y Salud. **Resultados:** se seleccionaron 10 artículos publicados entre 2016 y 2023. **Conclusión:** fue posible comprender, entonces, que el enfermero debe ser capaz de desarrollar acciones de vigilancia de infecciones relacionadas con la atención a la salud (IRAS) y actuar como multiplicador de acciones de prevención, porque es necesario que haya actitudes responsables por parte del equipo multidisciplinario de salud y que se desarrollen nuevas investigaciones en esta área, ya que el tema de la infección cruzada no difiere en lo expuesto por el estudio aquí presentado.

Descriptores Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria; Infección Nosocomial; Enfermería; Equipo de Salud Multiprofesional.

Introdução

O Conselho Federal de Medicina define a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como um setor direcionado ao atendimento de pacientes com potencial ou efetivo comprometimento das funções vitais decorrentes de falhas de um ou mais sistemas orgânicos, o qual deve ser integrado por uma equipe multidisciplinar especializada capaz de exercer funções assistenciais, executando desde procedimentos mais simples até os que oferecem maior risco à vida do paciente.¹

Nesse sentido, é possível compreender que pacientes sob cuidados intensivos constituem um grupo de indivíduos em condições graves que requer uma equipe multidisciplinar qualificada destinada à assistência e atenção à saúde. Essa equipe multiprofissional deve ser constituída não só por médicos e enfermeiros, mas também, por nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, como equipe de apoio, mas com igual importância para a assistência integral e de qualidade, pois, a prática colaborativa entre os vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais promove uma assistência de mais alta qualidade.²

Cabe destacar, ainda, que, apesar de a assistência à saúde do paciente em estado grave dever se dá por meio da atuação colaborativa da equipe multiprofissional, cabe, privativamente, ao enfermeiro ministrar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, assim como prestar assistência direta a pacientes graves em risco de vida, atuando também na prevenção e controle de infecção hospitalar.³

No que se refere à infecção hospitalar, o Ministério da Saúde⁴ a define como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”, porém, esse termo está em desuso e foi substituído pela terminologia Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), cuja definição passa a considerar todos os locais onde se presta o cuidado e assistência à saúde como responsáveis pela prevenção e controle de infecções.⁵

Uma das principais causas de infecção hospitalar é a infecção cruzada que é ocasionada por micro-organismos que passam de um paciente para o outro, cuja transmissão se faz, também, através das mãos dos profissionais da área da saúde, acompanhantes e visitantes. Nesse contexto, as falhas de controle mais comuns encontradas, geralmente, estão ligadas à baixa adesão de higiene das mãos e equipamentos contaminados.⁶

Diante disso, a presente pesquisa indaga: qual o papel do enfermeiro no combate à infecção cruzada durante a atuação da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva?

A partir de tal questionamento, busca-se, então, demonstrar, através de uma revisão integrativa da literatura, a importância da aplicação dos procedimentos de biossegurança para que se evite o contágio por infecção cruzada nas UTI's. Considerando que o desempenho da equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro que possui conhecimento específico para atuação em UTI's, pode reduzir a incidência e prevalência de novos casos de infecção cruzada, a relevância da execução dessa pesquisa justifica-se pelo fato de que o conhecimento, a adequação e a implantação do programa de controle de infecção hospitalar são de extrema importância para que haja evolução nas práticas de saúde.

Método

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, definida como a metodologia que “sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostra sobretudo as conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico” [7].

Para a execução dessa revisão integrativa da literatura, primeiramente, formulou-se o seguinte problema: qual o papel do enfermeiro no combate à infecção cruzada durante a atuação da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva?

A partir de tal problemática, buscou-se artigos científicos sobre a temática da infecção cruzada pela equipe multiprofissional nas UTI's nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); BDENF – Enfermagem; e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO Brasil), através dos descritores infecções relacionadas à saúde; infecção hospitalar; UTI; enfermagem; enfermeiro; e multiprofissional.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra e disponíveis gratuitamente, idiomas português, inglês e espanhol e publicações entre 2016 e 2023. Como exclusão foram: textos incompletos e indisponíveis e os não relacionados com o tema.

Vale destacar que, para a realização do processo de exclusão, os artigos foram lidos e analisados criteriosamente, sendo selecionados **10** artigos, que foram utilizados na realização da pesquisa.

Resultados

Com base nos artigos selecionados foi construído o quadro 1 onde se acham elencadas: Informações sobre os autores, ano de publicação, objetivo, metodologia e síntese dos resultados.

Quadro 1- Descrição das características dos artigos que compuseram a revisão literária. 2023.

Autor(es)	Objetivo	Metodologia	Síntese dos Resultados
Akutagava JC, Ribeiro L (2019).	Discutir as funções desempenhadas pelo enfermeiro dentro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH.	Revisão integrativa, de método qualitativo e descritivo.	Conclui-se que é de suma importância a implantação de medidas que visem informar e orientar pacientes, acompanhantes e visitantes durante o momento da internação hospitalar sobre as medidas de prevenção de infecção cruzada.
Andrade EBL (2017).	Analisar a percepção da equipe de enfermagem do Hospital e Maternidade Alice de Almeida, localizado no município de Sumé - PB	Estudo do tipo exploratório descritivo, sendo os dados coletados por intermédio da aplicação de questionário estruturado a 16 profissionais. Sendo 14 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com faixa etária entre 27 e 53 anos.	Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados tinha conhecimento sobre biossegurança, mas ainda 37,5% tinha entendimento equivocado sobre o tema. Constatou-se que os profissionais participantes sabiam da importância em aderir ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), porém 50% alegou não fazer uso do jaleco.

Araújo APL de, Oliveira EN, Lopes LKOl, Rodrigues CFC, Ferreira RKA, Barbosa DA (2021).	Encontrar desafios e estratégias do programa saúde do homem na atenção básica no município de Xinguara, Pará.	Estudo descritivo, com caráter exploratório, abordagem e análise qualitativa do relato de cinco enfermeiras das unidades da zona urbana do município entre os dias 09 de setembro e 10 de outubro de 2020, com um questionário semiestruturado	Observou-se dificuldades na implementação da política por conta do horário de funcionamento das unidades, precária ou total ausência de formação e capacitação na área, foco das ações apenas no Novembro Azul, maioria das profissionais da área da saúde serem do sexo feminino, dificuldades em justificar ausência no trabalho e a cultura machista. Destacase a necessidade de promover mudanças na forma de atender a população masculina, buscando capacitar os profissionais referentes aos programas voltados ao público, para a promoção de estratégias e ações que atraiam os homens para as unidades.
Brito LV, Francisco RM (2017).	Identificar o conhecimento de discentes de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, quanto aos momentos e a importância da higienização simples das mãos.	Estudo descritivo, do tipo corte transversal com abordagem quantitativa.	Conclui-se que a redução de infecções hospitalares está ligada a diversos fatores, dentre eles, o mais importante e de baixo custo é a higienização das mãos. Sendo assim faz-se necessário realizar treinamentos de requalificação, para enfatizar essa temática, dando uma maior importância da técnica correta para diminuição de agentes patológicos relacionados à assistência à saúde.
Costa WG (2016).	Identificar como a literatura científica aborda a importância da utilização das medidas de biosegurança pela enfermagem.	Revisão integrativa, de método qualitativo e descritivo.	Os resultados demonstraram a fragilidade na utilização das medidas de biossegurança pelos profissionais de enfermagem o qual culminou em vários acidentes com exposição a material biológico, principalmente na punção venosa e administração de medicamentos. É importante sensibilizar os profissionais sobre a importância da utilização das medidas de biossegurança que consequentemente diminuirá os elevados índices de acidentes de trabalho, contribuindo para uma assistência de enfermagem mais segura.
Oliveira MF, Gomes RG, Costa ACB, Dázio EMR, Lima RS, Fava SML (2018).	Conhecer o significado atribuído pela equipe de enfermagem às práticas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.	Estudo com abordagem qualitativa fundamentado no referencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente e na análise de conteúdo. Realizado em 2017 com profissionais de enfermagem de um centro de terapia intensiva de uma instituição hospitalar privada localizada no sul de Minas Gerais.	Para os profissionais de enfermagem, as IRAS são adquiridas e cruzadas, relacionadas principalmente ao meio e ao paciente.

Santos, PCF, Martins MJL (2022).	Analisar a evolução da produção científica do tema infecções hospitalares em UTIN no período de 2012 a 2019 nas bases de dados acadêmicas.	Revisão integrativa sobre a assistência à saúde dentro das UTINs, com foco na ação, prevenção e identificação das principais ocorrências nesses ambientes. Foram analisados 17 artigos encontrados nas bases de dados Google acadêmico, Scielo e BVSaúde.	Observou-se que, apesar de ser um tema amplamente abordado, as equipes de enfermagem ainda agem de forma relapsa, sendo extremamente necessário que haja mais ações de capacitação e conscientização para que os índices de infecções hospitalares em UTINs sejam reduzidos e se melhore a qualidade do serviço prestado nesses ambientes.
Pires IB <i>et al.</i> (2020).	Analisar a percepção da equipe multiprofissional sobre o conforto no final de vida na terapia intensiva.	Estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, realizado com 50 profissionais da equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da Bahia. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática e discutidos à luz da Teoria do Fim de Vida Pacífico.	Os profissionais revelaram que a assistência à saúde de pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva é direcionada a necessidade da promoção do conforto. Assim, emergiram três categorias: 1. Aliviando a dor para promover conforto; 2 Proporcionando conforto para alcançar paz, dignidade e respeito; 3 A aproximação com entes queridos e fé como estratégia de conforto..
Silva AFPe, Soares ALS, Conceição TP (2019).	Analisar a importância da atuação multiprofissional dentro da UTI.	Revisão sistemática, através da triagem de artigos e elencados 9 para análise como amostra os dados dos estudos analisado foram divididos por autor, ano, objetivos dos estudos, população amostral e resultados.	Ainda possuem lacunas no processo de comunicação entre a equipe multiprofissional, mas com a convivência e respeito, a equipe multiprofissional pode se tornar bem articulada exercendo papel um grande papel para viabilizar planos de cuidado e avaliação de cada paciente de acordo com suas necessidades diminuindo os riscos e possivelmente aumenta a sobrevivência destes
Silva AF, Robazzi MLCC, Dalri RCMB (2019).	Analisar a ocorrência de presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, relacionando-a com características sociodemográficas e laborais.	Trata-se de um estudo qualitativo transversal analítico, que utilizou um questionário para coleta de dados sociodemográficos e a Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS-6) para avaliá-lo.	Houve predominância de mulheres (75,9%), trabalhadoras de enfermagem (66,7%), média de idade de 39,81 anos e de 6 a 10 anos (31,6%) de experiência no mercado de trabalho. Em relação ao presenteísmo, 48,7% apresentaram comprometimento para o trabalho e 31,8% apresentaram desempenho e conclusão de tarefas alterados por esse fenômeno.

Discussão

Oliveira *et al*⁸ e Santos; Martins⁹ elucidam que as IRAS representam um risco à segurança do paciente em serviços de saúde, frequentemente relacionada à contaminação cruzada. E, a adoção de protocolos como o de higienização das mãos, uso de EPIs, limpeza de superfícies, esterilização de equipamentos e materiais e o correto descarte de perfurocortantes são fundamentais para garantir, ao doente, sua segurança hospitalar.

Vale salientar que as IRAS podem ocasionar efeitos como o aumento da resistência bacteriana, o prolongamento do tempo de internação e, conseqüentemente, o aumento de gastos desnecessários para o sistema de saúde, pacientes e família. A propagação dos patógenos associados às IRAS, comumente, advém da contaminação cruzada, sendo os pacientes com doenças infecciosas e as mãos dos profissionais de saúde as principais fontes implicadas na transmissão de micro-organismos. Porém, diferentes estudos apontam para a possível participação do ambiente na manutenção e disseminação de patógenos, favorecendo, assim, a ocorrência de infecções cruzadas.⁹

Diante disso, infere-se que adotar, nas UTI's, medidas de biossegurança é a maneira mais eficaz de se combater a disseminação de IRAS em pacientes hospitalizados, especialmente, da infecção cruzada.

Considerando que as IRAS podem ser contraídas em quaisquer ambientes que compõem o sistema de saúde, é importante enfatizar que assistir um paciente com segurança é dever de todo profissional e direito dos usuários das instituições de saúde.⁸ Entretanto, um atendimento livre de danos, sobretudo, em UTI's, ambientes constituídos por grande número de equipamentos de suporte e monitorização e por pacientes críticos, que demandam múltiplas intervenções terapêuticas, é um desafio para a equipe multiprofissional de saúde.

O vocábulo multiprofissional deriva do latim e, enquanto o prefixo multi exprime a ideia de pluralidade, o termo profissional, como substantivo, é usado para definir aquele que sabe de uma profissão e desempenha o seu trabalho com seriedade, rigor e competência.¹⁰ Sendo assim, quando se fala sobre a atuação da equipe multiprofissional de saúde nas UTI's refere-se a um conjunto de pessoas capacitadas a prestar assistência à saúde do paciente hospitalizado em estado crítico.

As visitas multiprofissionais consistem na passagem conjunta dos diversos profissionais da equipe por cada paciente, buscando coordenar os cuidados necessários, checar os riscos e medidas de prevenção, estabelecer metas diárias e/ou semanais de assistência à saúde, além de checar itens que garantam a segurança e o acolhimento dos pacientes e familiares, assim como preparo para alta.¹¹ E, exatamente por isso, a prática da visita multiprofissional diária nas UTI's tem se tornado cada vez mais frequente, uma vez que se trata de uma ação que tem como objetivo a melhoria do atendimento ao paciente em estado grave.

Nesse sentido, é possível afirmar que a equipe multiprofissional vivencia uma mudança no paradigma do cuidado, com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida para aqueles que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida.¹² Nesse novo paradigma não se considera tratar apenas os sintomas físicos, mas também, os de cunho psicológico, o que inclui o apoio de uma equipe multidisciplinar e o atendimento das necessidades básicas do paciente e sua família. Por isso, a equipe multiprofissional nas UTI's deve ser

constituída não só por médicos e enfermeiros, mas também, por nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, como equipe de apoio.

Uma das responsabilidades do enfermeiro integrante da equipe multiprofissional de saúde em UTI's é coordenar a prática da assistência à saúde no "ambiente que foi projetado para salvar vidas e evoluir positivamente o quadro clínico dos pacientes admitidos no setor, deixando-os o mais próximo possível de suas plenas capacidades funcionais".¹³

Ademais, é relevante ressaltar que, devido a ser o enfermeiro a pessoa responsável por ministrar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, assim como prestar assistência direta a pacientes graves em risco de vida, atuando também na prevenção e controle de infecção hospitalar, existe a necessidade da atualização científica constante por parte desses profissionais, a fim de desenvolver habilidades, uma boa interação profissional e aprendizados que passam a ser necessários e aplicados na prática clínica.¹⁴

É através dessa atualização científica que o profissional responsável por coordenar as práticas de saúde adquire o conhecimento necessário sobre a importância de se aplicar, durante a atuação da equipe multiprofissional, os procedimentos de biossegurança capazes de prevenir a contaminação por infecção cruzada nas UTI's.

Em suma, para prevenção da infecção cruzada, é necessário estabelecer normas técnicas e cumpri-las com rigor e cabe ao enfermeiro orientar a equipe multiprofissional sobre a importância do uso correto das práticas de biossegurança durante seu trabalho.

Na equipe multiprofissional de saúde, o enfermeiro é o integrante da equipe mais adequado a coordenar as práticas de prevenção e controle das IRAS. Portanto, o enfermeiro deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das IRAS e atuar como multiplicador das ações de prevenção.

Essas atividades são facilitadas pela criação de protocolos internos de prevenção e controle das IRAS, que estejam afixados em locais estratégicos, permitindo que a equipe esteja sempre em contato com fontes variadas que reforcem a necessidade da adoção de um comportamento adequado para minimizar os riscos para a ocorrência das IRAS.¹⁵

Entretanto, a garantia de uma efetiva segurança nas práticas de saúde configura-se com um constante desafio pela exposição aos riscos de infecções cruzadas, pois, muitos profissionais ainda não se conscientizaram sobre a importância da postura preventiva no ambiente hospitalar e acabam por terem atitudes como a de atender ao telefone ou abrir a porta usando luvas de procedimento ou não usar os equipamentos de EPI necessários. Tal situação pode ser modificada a partir do momento em que a equipe multiprofissional se conscientizar da importância de se adotar as normas de biossegurança durante a prática hospitalar. Por isso, é fundamental que o enfermeiro esteja apto a apontar os problemas que a não adoção dessas medidas podem ocasionar, assim, coordenando as medidas preventivas de infecção cruzada.

Nesse sentido, compreende-se que a adoção de medidas de biossegurança é extremamente necessária para transformar uma realidade em que há exposições aos riscos somados aos riscos de infecções cruzadas, configurando um desafio constante para garantia de uma segurança efetiva nas instituições de saúde.¹⁶

Vale ressaltar que a biossegurança designa um campo de conhecimentos e é um conjunto de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinados a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida. É o conjunto de medidas e normas que visa a proteção da população e dos profissionais de saúde, buscando minimizar riscos inerentes a uma determinada atividade, além disso, tem a função de normatizar os cuidados nas clínicas e laboratórios, elaborar, implantar e avaliar periodicamente o plano de gerenciamento ou resíduos e serviço de saúde (PGRSS) executando um programa de controle de infecção visando proteger o paciente e a equipe de saúde do risco de transmissão de doenças infecciosas.¹⁷

Dentre tais medidas, destacam-se a higienização das mãos, o uso correto de equipamento de proteção individual, a imunização dos profissionais e o manuseio e descarte apropriado de instrumentos perfurocortantes, pois com fluidos corpóreos durante a realização de procedimentos invasivos ou através da manipulação de artigos, roupas, lixo e até mesmo as superfícies contaminadas, sem que medidas de biossegurança sejam utilizadas são fatores de risco para a contaminação.¹⁸

Compreende-se, portanto, que, para a redução da disseminação da infecção cruzada em UTI's, é necessário que existam atitudes responsáveis por parte da equipe multidisciplinar de saúde, que deve prezar pela utilização correta dos instrumentos que lhes são disponibilizados para proteção individual e coletiva, bem como, pela higienização das mãos, quanto pelo manejo e descarte de resíduos. E, para que essa prática responsável seja concretizada, é fundamental que o enfermeiro se conscientize do seu papel de coordenador do planejamento dos cuidados do doente.

Conclusão

A pesquisa ora apresentada buscou demonstrar a importância da aplicação dos procedimentos de biossegurança para que se evite o contágio por infecção cruzada nas UTI's. Para isso, primeiramente, explanou-se sobre as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), enfatizando as formas de contágio por infecção cruzada em UTI's. Nesse momento, verificou-se que a propagação dos patógenos associados às IRAS, comumente, advém da contaminação cruzada, sendo os pacientes com doenças infecciosas, as mãos dos profissionais de saúde e o próprio ambiente hospitalar as principais fontes implicadas na transmissão de micro-organismos que favorecem a ocorrência de infecções cruzadas.

Em seguida, destacou-se a atuação da equipe multiprofissional junto ao paciente no período de hospitalização nas UTI's, quando foi entendido que as visitas multiprofissionais consistem na passagem conjunta dos diversos profissionais da equipe por cada paciente, buscando coordenar os cuidados necessários, checar os riscos e medidas de prevenção, estabelecer metas diárias e/ou semanais de assistência à saúde, além de checar itens que garantam a

segurança e o acolhimento dos pacientes e familiares, assim como preparo para alta. Constatou-se, também, que tal equipe não deve ser constituída apenas por médicos e enfermeiros, mas também, por nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, como equipe de apoio.

Por fim, evidenciou-se o papel do enfermeiro integrante da equipe multidisciplinar como pessoa responsável pela coordenação do planejamento dos cuidados do doente e, conseqüentemente, pela redução da disseminação de infecção cruzada em UTI's. Aqui, notou-se que o enfermeiro deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das IRAS e atuar como multiplicador das ações de prevenção, pois é necessário que existam atitudes responsáveis por parte da equipe multidisciplinar de saúde.

É possível afirmar, portanto, que o presente estudo alcançou os objetivos propostos, contudo, novas pesquisas nessa área devem ser desenvolvidas, visto que o tema da infecção cruzada não se esgota no que foi exposto até aqui.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. funcionamento. Resolução n° 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária. Diário Oficial da União, p. 90, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/> Acesso em: 20 fev. 2023.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 fev. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html . Acesso em: 20 fev. 2023.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm . Acesso em: 20 fev. 2023.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2616, de 12 de maio 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Diário Oficial da União, 12 maio 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html . Acesso em: 20 fev. 2023.
5. Teixeira DA, Jesus LAV, E MH, Pinheiro SS, Onofre L. A importância da enfermagem no controle das infecções hospitalares uma revisão. Revista Saúde dos Vales [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 6]; Available from: <https://revistas.unipacto.com.br/saude>

6. Toscano MRCL. Formas de prevenção de infecção cruzada na área hospitalar [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. [place unknown]: UNIRB; 2019 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <http://dspace.unirb.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/200/TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Crosseti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):8-9.
8. Oliveira MF, Gomes RG, Costa ACB, Dázio EMR, Lima RS, Fava SMCL. Infecções relacionadas à assistência à saúde sob a ótica da enfermagem em terapia intensiva adulto. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2018 Out-Dez [cited 2023 Mar 6]; Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46091/751375140220>
9. Santos PCF, Martins MJL. Infecções relacionadas à assistência à saúde na uti neonatal: uma revisão integrativa. Revista H-Tec Humanidades e Tecnologia, [s. l.], v. 3, ed. 2, p. 6-191, Jun-Dez 2019.
10. Dicionário Online de Português: Etimologia [Internet]. [place unknown]: Débora Ribeiro; 2020 Abril [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.dicio.com.br/etimologia/>
11. Araújo APL, Oliveira EN, Lopes LKO, Rodrigues CFC, Ferreira RKA, Barbosa DA. Desafios e estratégias do programa saúde do homem na atenção básica no município de xinguara pará. Jnt - facit business and technology journal [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 6];1:60-75. Available from: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1152/760>
12. Pires IB *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qGcJD9TsyT9YB9ybnfNRJjx/?lang=pt>
13. Silva AFP, Soares ALS, Conceição TP. A integração da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida - CPAQV Journal [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 6];11 Available from: <https://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=336>
14. Silva AF, Robazzi MLCC, Dalri RCMB. Presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva Adulta. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Nw38MBn Czspyj7bfgNkkx3c/?lang=pt>
15. Akutagava JC, Ribeiro L. O papel do enfermeiro no controle da infecção hospitalar [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. Londrina: Faculdade Inesul; 2019 [cited 2023 Mar 6]. Available from: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq- idvol_64_1568646906.pdf
16. Costa WG. A utilização das medidas de biossegurança pela enfermagem [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. Cajazeiras: UFCG; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/5140/WANDEN>

[KOL%20GOUVEIA%20COSTA.%20TCC.%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMA GEM.%202016.pdf?sequence=3&isAllowed=y](#)

17. Brito LV, Francisco RM. higienização simples das mãos: a importância e o conhecimento do procedimento, na percepção dos discentes de enfermagem da faculdade pernambucana de saúde - fps. [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. Recife: Faculdade Pernambucana De Saúde; 2017 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/189/1/TCC%20-%20Higieniza%C3%A7%C3%A3o%20das%20m%C3%A3os%20FINAL.pdf>

18. Andrade EBL. Biossegurança: uma visão dos profissionais de enfermagem no município de Sumé-PB. [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. Campina Grande: Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande; 2017. [cited 2023 Mar 6]. Available from: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/4757/3/ESTELA%20BEATRIZ%20DE%20LIMA%20ANDRADE%20-%20TCC%20ENG.%20DE%20BIOTECNOLOGIA%20E%20BIOPROCESSOS%202017.pdf>

Autor de correspondência

Luís Lúcio do Nascimento
Rua R, 370. CEP: 55590-000- Camela.
Ipojuca, Pernambuco, Brasil.
luislucio_nascimento@hotmail.com

Atuação da enfermagem na gestão em saúde na pandemia Covid-19

Nursing role in health management in the Covid-19 pandemic

Atención de enfermería en la gestión de la salud en la pandemia de Covid-19

Thais Giraldd¹, Evandro de Senna Silva²

Como citar: Giraldd T, Silva ES. Atuação da enfermagem na gestão em saúde na pandemia Covid-19. 2023; 12(4): 811-26. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p811a826>

REVISA

1. Latin American Urgency and Emergency Collegium. Orlando, Flórida, Estados Unidos.
<https://orcid.org/0009-0003-8516-3342>

2. Latin American Urgency and Emergency Collegium. Orlando, Flórida, Estados Unidos.
<https://orcid.org/0009-0007-8253-6309>

Recebido: 23/07/2022
Aprovado: 24/09/2022

RESUMO

Objetivo: caracterizar a gestão dos profissionais de enfermagem brasileiros durante a pandemia de coronavírus. **Método:** foi realizada uma revisão sistemática de literatura na Scielo, Bireme e BVS, buscando artigo publicados entre os anos de 2020 e 2022. **Resultados:** Os resultados indicam que houve sobrecarga, sobretudo de profissionais de enfermagem, que passaram a também executar funções de triagem de pacientes e teleconsulta, bem como suporte à remoção a pacientes em condições de agravamento da doença. O destaque da profissão de enfermagem durante o período pandêmico do COVID-19 foi revelado e discutido. É de vital importância desenvolver estratégias baseadas em evidências que respondam às novas demandas de saúde no primeiro nível de atenção. **Conclusão:** os enfermeiros desempenham um papel fundamental na gestão e atenção primária no planejamento, conexão e coordenação da atenção; portanto, é importante que os formuladores de políticas, instrutores e líderes procurem desenvolver competências em sua equipe para garantir a retenção da equipe e a qualidade do atendimento.

Descritores: Enfermeiros; Pandemia; Gestão de Saúde; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to characterize the management of Brazilian nursing professionals during the coronavirus pandemic. **Method:** a systematic literature review was conducted in Scielo, Bireme and VHL, seeking an article published between 2020 and 2022. **Results:** The results indicate that there was an overload, especially of nursing professionals, who also began to perform functions of patient triage and teleconsultation, as well as support for the removal of patients in conditions of worsening of the disease. The prominence of the nursing profession during the COVID-19 pandemic period was revealed and discussed. It is vitally important to develop evidence-based strategies that respond to new health demands at the first level of care. **Conclusion:** nurses play a fundamental role in management and primary care in the planning, connection and coordination of care; therefore, it is important for policymakers, instructors, and leaders to seek to develop competencies in their team to ensure staff retention and quality of care.

Descriptors: Nurses; Pandemic; Health Management; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la gestión de los profesionales de enfermería brasileños durante la pandemia del coronavirus. **Método:** se realizó una revisión sistemática de la literatura en Scielo, Bireme y BVS, buscando un artículo publicado entre 2020 y 2022. **Resultados:** Los resultados indican que hubo una sobrecarga, especialmente de profesionales de enfermería, que también comenzaron a realizar funciones de triaje y teleconsulta de pacientes, así como apoyo para la retirada de pacientes en condiciones de empeoramiento de la enfermedad. Se reveló y discutió la prominencia de la profesión de enfermería durante el período de pandemia de COVID-19. Es de vital importancia desarrollar estrategias basadas en la evidencia que respondan a las nuevas demandas de salud en el primer nivel de atención. **Conclusión:** los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la gestión y la atención primaria en la planificación, conexión y coordinación de la atención; Por lo tanto, es importante que los formuladores de políticas, instructores y líderes busquen desarrollar competencias en su equipo para garantizar la retención del personal y la calidad de la atención.

Descritores: Enfermeras; Pandemia; Gestión de la Salud; COVID-19.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi instituído desde a Constituição Federal de 1988, englobando todos os demais sistemas de saúde até então existentes, como o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (IAPETEC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), dentre outros, e teve como objetivo a implementação de um novo modelo de atenção à saúde, amparado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação e controle social, além da descentralização.¹

O surgimento da pandemia de Covid-19 tem sido um verdadeiro desafio para a humanidade em todo o mundo. Os enfermeiros têm sido um elo fundamental nos cuidados de saúde dos nossos utentes e a gestão de Enfermagem do centro tem garantido a organização e desempenho eficiente dos seus recursos humanos mantendo a qualidade dos serviços.²

O enfermeiro é responsável por atividades de acolhimento e administrativas, as quais incluem preenchimento de formulários de atendimento, aplicação de medicamentos e orientações relacionadas aos cuidados em saúde. Os enfermeiros estão em todos os cenários onde a COVID-19 é enfrentada, razão pela qual as organizações internacionais de Enfermagem demandam ações informativas para esses profissionais com ênfase em como atuar nos diversos cenários. Por trás da atuação profissional efetiva e segura do enfermeiro está a gestão e liderança dos serviços de Enfermagem, responsável pela capacitação de toda a sua equipe, bem como pela organização e distribuição de recursos humanos e materiais que garantam o cuidado nos diversos cenários.³

Em relação à pandemia de coronavírus, foram disponibilizadas inúmeras diretrizes focadas na atuação dos profissionais de enfermagem, bem como a oferta de equipamentos de proteção. No entanto, em relação à atenção primária, são poucos os documentos associados à atuação do profissional em enfermagem, de modo que emerge o questionamento: quais as características da gestão dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de coronavírus no Brasil?

O objetivo geral da presente pesquisa foi caracterizar a gestão dos profissionais de enfermagem brasileiros durante a pandemia de coronavírus. Os objetivos específicos são apresentar as definições oficiais e científicas para a COVID-19, discutir o papel dos profissionais de enfermagem no enfrentamento à pandemia e investigar quais as características associadas a profissão de enfermagem em gestão durante a pandemia.

A pesquisa contribui com a oferta de subsídios científicos orientados para a melhor prática clínica do profissional de enfermagem, bem como para a publicização dos problemas enfrentados por estes profissionais durante o atendimento e gestão para enfrentamento da COVID-19.

Método

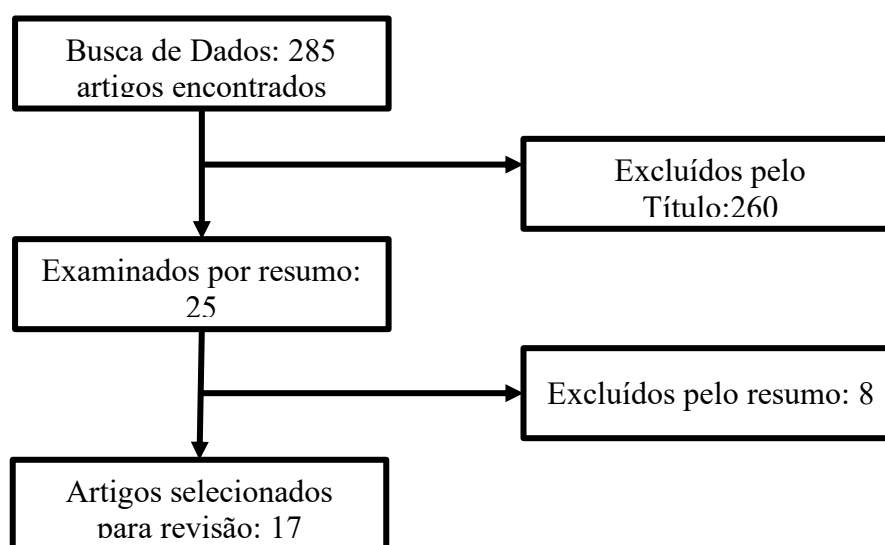
A pesquisa se caracteriza como uma revisão sistemática de literatura, que é considerada um tipo de estudo secundário que sintetiza estudos primários a partir de um método não rigoroso de coleta e síntese de informações. Este tipo de revisão auxilia na apresentação de sínteses informativas referentes a determinados temas de interesse científico. A coleta de dados realizada em sites de divulgação científica, como Scielo, Bireme e BVS, buscando artigos publicados entre os anos de 2020 e 2022 que tratassem da temática.

Resultados e Discussão

Dos 285 artigos encontrados pela combinação de descritores entre os anos de 2020 e 2022, 25 foram selecionados para leitura dos resumos e, apenas, 15 artigos foram incluídos para análise descritiva dos dados. Na Figura 1, descrevemos a estratégia de seleção dos artigos sobre o tema em questão.

Primeiramente foram excluídos 260 artigos pelo título deles, onde o foco não era a atuação da enfermagem na pandemia de Covid-19. Foram lidos os resumos de 25 artigos, onde 17 foram selecionados, pois 8 deles não focavam no tema em questão ou não possuíam o texto completo, eram relatos de casos ou estudos qualitativos.

Figura 1- Estratégia de seleção dos artigos sobre o tema em questão.



Posteriormente, foi elaborado um quadro que apresenta as principais informações identificadas a partir da revisão dos artigos e que permitem a análise e discussão do tema abordado, sendo apresentados por categorias: autores/ano, objetivos, metodologia e resultados. O quadro 1 apresenta os artigos selecionados para discussão.

Tabela 1- Artigos selecionados para a revisão.

	Autores / ano	Objetivo	Metodologia	Conclusão
1	Alexandre et al. (2020) ⁴	Testar um conjunto de hipóteses de modo a evidenciar como Posicionamentos Atitudinais e Políticos, Atitudes em face das Doenças, Traços de Personalidade e a Religiosidade de brasileiros relacionam-se com sua Percepção de Vulnerabilidade e Preocupação em contrair a COVID-19	Trata-se de um estudo misto, quantitativo e qualitativo, de cunho descritivo e exploratório.	Em linhas gerais, os estudos realizados contribuem para elucidações sobre a forma como os brasileiros estão lidando com a pandemia da COVID-19, identificando algumas variáveis que assumem um papel diferenciador nesse processo.
2	Daumas et al. (2020) ⁵	Analisar o papel da APS e do SUS durante a pandemia de COVID-19	Revisão bibliográfica	O enfrentamento da pandemia no país pressupõe mudanças substanciais na forma como os cuidados de saúde são prestados e a reorganização de toda a rede assistencial. Para otimizar o uso dos recursos disponíveis, as estruturas de teleatendimento precisam estar conectadas com o atendimento pré-hospitalar (SAMU-COVID) e a regulação de leitos pelo SUS.
3	Freitas, Napimoga e Donalisio (2020). ⁶	Analisar a gravidade da Pandemia de COVID-19	Foram utilizados dados de recente publicação sobre 44.415 casos de Covid-19 ocorridos na China, a partir de 11 de janeiro de 2020	O SARS-CoV-2 é um vírus respiratório diferente do vírus da influenza, cujo comportamento ainda não foi totalmente esclarecido; além disso, a aplicação desses indicadores no contexto social, político e epidemiológico de outros países pode levar a resultados diferentes do esperado.
4	Jiang et al. (2020). ⁷	Analisar estudos publicados no final de fevereiro de 2020 sobre as características clínicas, sintomas, complicações e tratamentos do COVID-19 e ajudar a fornecer orientações para a equipe médica da linha de frente no manejo clínico desse surto.	Revisão de literatura	Apesar de alguma diversidade nos sintomas iniciais, a maioria dos pacientes com COVID-19 apresenta febre e sintomas respiratórios. A equipe médica da linha de frente está em risco e deve empregar medidas de proteção. O tratamento é principalmente de suporte e sintomático, embora testes de vacinas e antivirais estejam em

				andamento. Os profissionais de saúde devem seguir os relatórios subsequentes, pois a situação provavelmente mudará rapidamente.
5	Lopes e Costa (2020). ⁹	Descrever a experiência de uma enfermeira residente em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade (UERN/PMM) com relação à (re)organização das suas atividades privativas e enquanto equipe multiprofissional na UBS, na qual atua diante da pandemia do coronavírus. Método: estudo qualitativo do tipo relato de experiência.	Estudo de caso em Unidade Básica de Saúde (UBS)	Os profissionais residentes se (re)inventaram na forma de fazer saúde no Sistema Único de Saúde para a população, resistindo no território às pressões cotidianas oriundas da pandemia, adotando novas estratégias, como a utilização de tecnologias leves e leve/ duras que estavam ao seu campo de atuação, na perspectiva de garantir promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos à comunidade.
6	Machado et al. (2020). ⁹	Estimar o impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil	Foram estimados números de óbitos pela doença para o País, Unidades da Federação e Regiões, com base nas estimativas calculadas e efetuadas neste trabalho do percentual de óbitos de idosos que ocorreriam em instituições de longa permanência de acordo com os totais. Essa estimativa foi baseada em informações disponíveis para uma série de países.	Fica claro o forte impacto da COVID-19 na população idosa residente em instituições de longa permanência para idosos. As estimativas ultrapassam para o país 100 mil idosos, potencialmente os mais frágeis e vulneráveis, e são baseadas em número de óbitos totais conservador, tendo em vista outras estimativas e a situação alarmante de crescimento dos números de óbitos no Brasil.
7	Mendes et al. (2021) ¹⁰	Identificar as práticas da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família no Brasil e as interfaces no adoecimento destes profissionais.	Pesquisa qualitativa, realizada nas cinco regiões do Brasil, com 79 profissionais de enfermagem de 20 unidades de saúde. Os dados foram coletados no período de 2015 a 2017, utilizando-se de entrevistas, observação e estudo documental. A análise, com auxílio do software ATLAS.ti 8.0, foi orientada pela	A centralidade das práticas de Enfermagem na dimensão do cuidado e administrativo-gerenciais caracterizou o trabalho profissional na Atenção Primária. Os achados indicam que a melhoria das condições de trabalho pode minimizar o desgaste destes profissionais nesse cenário.

			teorização do Processo de Trabalho e de Cargas de Trabalho.	
8	Riberio et al.(2021). ¹¹	Analisar a atuação dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, considerando seu protagonismo no atendimento aos pacientes com COVID-19 e os legados dessa pandemia até o momento.	Revisão sistemática com base no protocolo <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i> .	A pandemia trazida pela COVID-19 evidenciou o protagonismo dos enfermeiros. Com as mudanças e adaptações exigindo novos protocolos e formas de atendimento, podendo ser considerados como legados.
9	Reigada e Smiderle (2021) ¹²	Revisar a literatura sobre pontos importantes no atendimento à saúde da mulher durante pandemias nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).	Revisão narrativa da literatura.	Destaca-se o papel crucial da APS na prevenção de iniquidades. No tocante à saúde da mulher, é importante o foco na atuação contra a violência doméstica, manutenção de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, contracepção e condições potencialmente graves, como Infecções Sexualmente Transmissíveis e seguimento oncológico.
10	Silva (2021) ¹³	Identificar na literatura a assistência do enfermeiro para COVID-19 na atenção primária.	É uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.	Observou-se que a assistência do profissional enfermeiro nas unidades de APS para a Covid-19 vai além da assistência ao indivíduo, pois, ao realizar suas ações e desenvolvê-las, acaba realizando a prevenção para o vírus no indivíduo, família ou comunidade. Desta forma, sua assistência se desenvolve na realização de ações clínicas/educativas e implementação da SAE, evitando assim, o aumento do número de casos de COVID-19 na comunidade.
11	Soares e Fonseca (2020) ¹⁴	Discutir como a Atenção Primária à Saúde - APS, por meio da Estratégia da Saúde da Família - ESF, pode atuar na luta contra o COVID-19.	Revisão qualitativa da literature.	A partir das reflexões apresentadas neste documento, pode-se concluir que a APS possui um papel fundamental na rede de atenção à saúde e não pode ficar à parte durante a pandemia. Considera-se, entretanto, que regras de prevenção e provimento de equipamentos de proteção individual para todos os

				colaboradores, na APS, devem ser observados; tal situação para alguns autores, tende a ser exceção, principalmente em locais mais pobres, com baixa qualidade de atenção à saúde.
12	Barbosa et al. (2020) ¹⁵	Identificar os principais efeitos psicológicos da pandemia da COVID-19 nos profissionais de enfermagem; descrever os principais fatores capazes de gerar estresse psicológico nos profissionais de enfermagem; descrever as estratégias de coping para o combate ao estresse emocional.	Revisão da literatura, utilizando-se 5 artigos indexados no PubMed e LILACS.	É de suma importância considerar as questões psicológicas, reconhecendo e acolhendo os receios e medos dos profissionais de enfermagem criando-se assim uma esfera de estabilidade em meio à crise. (AU)
13	Dal’Bosco et al. (2020) ¹⁶	Identificar a prevalência e fatores associados à ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento da COVID-19 em hospital universitário.	Estudo observacional transversal, com questionário sociodemográfico e Escala de Medida de Ansiedade e Depressão, com 88 profissionais de enfermagem	Deve-se considerar o impacto na saúde mental da enfermagem acarretado pela COVID-19 e intervir com estratégias de enfrentamento para minimizar o sofrimento dos profissionais.
14	David et al. (2020) ¹⁷	Discutir o papel da enfermagem diante dos desafios políticos, econômicos e sanitários que configuram conjuntura de crise pela pandemia por Covid-19.	Estudo de reflexão crítica de características analíticas, com base na epidemiologia crítica de matriz latino-americana e no conceito de determinação social da saúde.	Reafirma-se o papel da enfermagem brasileira como prática social de defesa da vida e do acesso universal à saúde com vistas à conquista da justiça social.
15	Franzoi e Cauduro (2020). ¹⁸	refletir sobre a atuação de estudantes de graduação em enfermagem durante a pandemia de Covid-19.	Ao se considerar os recentes acontecimentos no cenário da saúde brasileira e as ações estratégicas que incluem os estudantes de enfermagem no combate à pandemia, reflexões acerca das competências, responsabilidades, obrigações e deveres desses devem ser consideradas. Discute-se as posições de entidades e órgãos	Diante do crescente número de profissionais de saúde infectados, é premente assegurar atuação estratégica, segura e responsável de estudantes de enfermagem que se colocam disponíveis para estar em instituições de saúde, prestando cuidado e assistência de enfermagem a pacientes suspeitos ou confirmados pela Covid-19.

			regulamentadores sobre a participação dos estudantes de enfermagem no atual cenário pandêmico.	
16	Góes et al. (2020) ¹⁹	identificar os desafios de profissionais de Enfermagem Pediátrica frente à pandemia da COVID-19.	pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de formulário eletrônico semiestruturado entre profissionais de Enfermagem que atuam em unidades pediátricas no Estado do Rio de Janeiro.	é primordial a adoção de diretrizes gerenciais para a adequada alocação de recursos humanos e materiais na área da saúde, inclusive, nos serviços pediátricos, incluindo treinamentos sobre as precauções-padrão.
17	Lira et al. (2020). ²⁰	Discutir sobre os desafios e perspectivas da educação em enfermagem em tempos da pandemia COVID-19.	Estudo reflexivo, com enfoque teórico pautado em publicações nacionais e internacionais, aliado à experiência das pesquisadoras na área de educação em enfermagem.	Os desafios de longa data ficaram emergentes com a pandemia, e os processos de aceleração, alteração e paralisação marcaram a educação nestes tempos. Outrossim, aspectos de ordem epidemiológica, tecnológica e psicológica devem ser mais valorizados no retorno às atividades.

Gestão dos enfermeiros durante a pandemia

Mendes et al. (2021)¹⁰ realizaram um estudo com o objetivo de verificar as práticas adotadas por enfermeiros e enfermeiras brasileiros atuantes em estratégias de saúde da família, bem como o perfil de adoecimento destes profissionais. Para tanto, foram realizadas entrevistas com 79 profissionais de todas as regiões do país, entre os anos de 2017 e 2020. Parte dos dados foi coletada durante o início da pandemia no país, entre os meses de março e abril de 2020. Os autores identificaram uma sobrecarga destes profissionais, associada às excessivas demandas de cuidado relacionadas ao trabalho. Alguns profissionais relataram acúmulo de atividades de cuidado e administrativa, condição que gera estresse e aumenta a sobrecarga de trabalho.

No conjunto dos achados, evidencia-se o elevado risco de adoecimento e de acidentes de trabalho entre os profissionais de enfermagem, aspectos que se tornaram ainda mais notórios com a pandemia causada pelo coronavírus, mas típico do trabalho dessa categoria na APS brasileira.¹⁰

A pandemia contribuiu, nesse sentido, com o agravamento de condições de estresse e acúmulo de atividades no trabalho dos profissionais de enfermagem, que já existia no período pré-pandêmico. O trabalho da assistência em enfermagem durante a pandemia, no atendimento em UBS, transcende a simples assistência individual para alcançar ações preventivas junto às famílias e a comunidade.¹³

Desta forma, sua assistência se desenvolve na realização de ações clínicas/educativas e implementação da SAE, evitando assim, o aumento do número de casos de COVID-19 na comunidade. Diante o levantamento, a assistência do enfermeiro na APS está na implantação de medidas de promoção, prevenção e tratamento junto a equipe de saúde e seguindo os protocolos do Ministério da Saúde na realização da triagem e na utilização da SAE para uma assistência livre de danos.¹³

Destaca-se que a atenção primária em saúde é um importante apoio às unidades de urgência e emergência. O trabalho de conscientização das comunidades a respeito dos procedimentos necessários para que os indivíduos não sejam contaminados pelo coronavírus, bem como a triagem de pacientes com sintomas não relacionados a doença contribui de maneira significativa para que as unidades de urgência e emergência não recebam uma demanda ainda maior de pacientes. Os enfermeiros das unidades básicas de saúde também estão capacitados para orientar os pacientes com sintomas leves a respeito dos cuidados que devem ser tomados em suas residências, fármacos e sobre a tomada de decisão em caso de sintomas de agravos.

Com isso, para conseguir um atendimento de qualidade e humanizado, é imprescindível o planejamento dos serviços e a reorganização para conseguir lidar com a pandemia. Os recursos financeiros e estratégias para o enfrentamento, possuem a necessidade de capacitação aos profissionais de saúde, distribuições de testes rápidos nas unidades de APS e solicitações de exames.¹³

No que se refere às unidades básicas de saúde brasileiras existe um “Protocolo de Manejo Clínico do COVID19 na Atenção Primária”, de autoria de profissionais técnicos do Ministério da Saúde, que orienta profissionais da ESF a respeito da COVID-19, seus efeitos e procedimentos que devem ser tomados no âmbito das UBS. Há, ainda, orientações sobre teleatendimento e uma lista com os canais que oferecem o serviço e estão vinculados ao SUS. O documento destaca a importância de cuidado também com a saúde dos profissionais, a necessidade de prestar informações ao sistema nacional a respeito dos afastamentos e os procedimentos para retorno ao trabalho.¹³

Ribeiro et al. analisaram a atuação dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. O trabalho do enfermeiro foi reorganizado para reduzir o custo dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e evitar o risco de contágio, muitos procedimentos foram revisados para ver o grau de exposição e dependendo do risco adaptar os EPI necessários. Todos os enfermeiros gerentes concordam que foram recrutados enfermeiros de centro cirúrgico e de anestesia para a UTI, pois a atividade cirúrgica não urgente foi cancelada no hospital.¹¹

No caso de sintomas leves relacionados à doença, deve ocorrer a recomendação de isolamento domiciliar, cabendo aos enfermeiros da UBS a realização de monitoramento até que o paciente receba alta médica. Em casos graves, deve ocorrer orientação a respeito da busca de centros de urgência e emergência e a remoção do paciente para tais unidades. Aos profissionais é exigida a oferta, do contratante, dos devidos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como aos pacientes que estejam sem proteção.¹³

A busca por ambulâncias para realização de remoção nos casos graves em que o paciente não consegue se deslocar por conta própria e busca a Unidade

Básica de Saúde também é uma nova demanda para tais espaços na pandemia. Além disso, coube às UBS o atendimento por meio de teleconsultas, cabendo a estas unidades o acúmulo das atividades de prevenção, promoção e redução de casos leves, bem como orientação e deslocamento de casos graves.

Especificamente em relação aos profissionais de enfermagem, estes passaram a se empenhar em tarefas administrativas, relacionadas à educação em saúde e gerenciamento de crises, em condições nas quais estão entre os grupos profissionais mais acometidos pela doença.

A Resolução 634/2020 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) admite a realização de teleconsultas também pelos enfermeiros, ampliando a atuação destes profissionais no combate ao coronavírus no país. Na teleconsulta, o papel do enfermeiro é de orientar a respeito do autocuidado, apresentar os principais sintomas que caracterizam a doença e fornecer informações a respeito das unidades de saúde que devem ser buscadas em caso de sintomas graves.

Na APS, o enfermeiro fundamenta sua competência na liderança para uma eficácia na gestão de qualidade e produtividade assistencial. Na assistência direta e indireta ao paciente, família e comunidade com Covid-19, o enfermeiro fará sua assistência com base no seu código de ética profissional, diretrizes e normas vigentes. Na transmissão comunitária pela Covid-19, é fundamental que o enfermeiro trabalhe utilizando uma abordagem dinâmica e sindrômica da doença. Fazendo de sua autonomia profissional para implantar as medidas de promoção, prevenção e tratamento junto a equipe de saúde. Fazendo também, junto a equipe de saúde, a prevenção de contágio dos profissionais da unidade, cabendo-lhe a execução de instrumentos que evitem a propagação do vírus aos profissionais da unidade com a utilização dos EPIs, álcool em gel, água e sabão para a higienização das mãos.¹³

Lopes e Costa descreveram a rotina de uma enfermeira atuante como residente em um programa de saúde da família no estado do Rio Grande do Norte, em relação às atividades desenvolvidas durante a pandemia. Destaca-se que, em relação à saúde da família, a enfermagem foi a profissão que teve maiores atribuições tanto no âmbito da assistência básica quanto nas unidades de urgência e emergência. A UBS investigada teve a responsabilidade de triagem de pacientes, bem como acolhimento e diagnóstico de síndromes gripais. Com isso, houve suspensão de outros serviços, condição que pode impactar na prevalência de algumas doenças no futuro.⁸ Identificou-se uma troca de conhecimento entre profissionais de saúde e pacientes, tanto aqueles que haviam sido acometidos pela COVID-19 quanto por aqueles sem diagnóstico. Entretanto, a sobrecarga de enfermeiros e enfermeiras neste período, que também nesta unidade tiveram que realizar teleconsultas, se responsabilizar pela triagem dos pacientes e prestar informações, bem como contatar pacientes cujas consultas e procedimentos foram cancelados em função da pandemia.¹³

A pandemia é uma experiência sem precedentes. Mesmo as pandemias precedentes não afetaram todas as nações do planeta, como o coronavírus. As unidades de saúde precisaram ressignificar seus papéis no sistema de saúde brasileiro, atuando como uma rede de atenção fundamental para a gestão da pandemia. Inclusive, em alguns lugares, os dados epidemiológicos relacionados a COVID-19 são fornecidos pelas UBS. A partir do início do período de vacinação,

esta atuação foi ampliada, para o correto manejo do processo de vacinação, orientação à população e aplicação das vacinas.¹⁴

Estas atividades extras, sem reposição de equipe que foram executadas pelas UBS são motivos de preocupação, na medida em que a atenção primária é responsável pela prevenção e identificação precoce de inúmeras doenças. O seu funcionamento está associado a mitigação de doenças epidêmicas, calendário de vacinação e saúde preventiva. A suspensão destas atividades em quaisquer planejamentos de retomada ou ampliação dos quadros profissionais poderá impactar outros índices epidemiológicos no país. Mesmo procedimentos mais simples, como a vacinação contra a gripe, podem ser prejudicados, ampliando a prevalência da gripe na população.¹⁴ Como solução, Soares; Fonseca (2020) recomendam que também sejam revistos os protocolos de atendimentos para outros tipos de diagnóstico que não sejam relacionados ao coronavírus,

Consultas e acompanhamento dos grupos de riscos e de doenças crônicas podem ser realizados com o apoio da tecnologia, por meio da internet e, especialmente, por ligações telefônicas, considerando a realidade de infraestrutura de cada UBS.¹⁴

No entanto, para que este tipo de estrutura seja oferecido, importa também oferecer condições físicas necessárias à sua execução, como internet eficiente e número adequado de profissionais.

(...) a ESF, como dito anteriormente, possui a função de garantir o acesso da população a uma saúde integral, coordenada e longitudinal; portanto, é preciso a manutenção das ações próprias da atenção primária, em especial o monitoramento dos casos crônicos, afinal as pessoas irão continuar tendo pressão alta, diabetes, tuberculose, dentre outros. Desse modo, não é possível negar o atendimento a essas pessoas, pois, além de serem de um grupo de risco, é possível que a mortalidade e a morbidade desse grupo aumentem em função da diminuição das ações preventivas e curativas no período de pandemia. Nesse contexto, é importante ainda debater as ações preventivas que podem ser realizadas pelas equipes da ESF em tempos de pandemia.¹⁴

Os profissionais que atuam na ESF são conhecedores da comunidade e de casos específicos de condições graves de saúde, bem como das famílias em situação de vulnerabilidade social, as quais não podem ser desassistidas em função da pandemia. A participação da comunidade é um dos pilares da estratégia de saúde da família, que não pode perder as suas características intrínsecas em função do contexto pandêmico. Os gestores públicos precisam assegurar a continuidade das atividades que vinham sendo realizadas, de modo a assegurar que não haja retrocessos.

Daumas et al. (2020) defendem que a APS não é capaz de agir sobre a letalidade de casos graves de coronavírus, sendo esta uma das suas limitações. No entanto, ela tem um importante papel na redução da morbimortalidade. Profissionais de UBS são capazes de identificar com maior eficácia indivíduos pertencentes à sua comunidade de atuação que possam desenvolver quadros graves da COVID-19, de modo a contatá-los para prestar as devidas orientações e atuar na prevenção do contágio. Por este motivo, a relação da UBS com a comunidade não pode ser interrompida. É necessária a construção de protocolos

de atendimento ao paciente no âmbito das ESF que incluem também este trânsito da comunidade. Destaca-se que agentes de saúde e de endemias também compõem o conjunto de profissionais atuantes na ESF, que podem ter suas ações potencializadas na oferta de informações à comunidade a respeito dos modos de contágio e prevenção, bem como na identificação das residências cujos moradores foram infectados, contribuindo com o registro epidemiológico mesmo entre indivíduos com sintomas leves que não buscaram atendimento médico.

Dessa forma, a APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária.⁵

É na retomada da atividade junto à comunidade que a APS pode oferecer sua maior contribuição ao enfrentamento da pandemia, na medida em que prestará um apoio nos microterritórios, bem como de maneira individualizada às famílias, algo que não é possível em outros programas de saúde.

O enfermeiro é imprescindível para prestar cuidados ao paciente hospitalizado com COVID-19, prevenir e detectar precocemente complicações e colaborar com a equipe clínica, para avaliar a resposta do paciente ao tratamento contra o coronavírus. Quando o paciente chega ao serviço de saúde, o enfermeiro deve indagar sobre os sintomas e sinais que ele apresenta e sobre sua história patológica pessoal e familiar, além de especificar através do exame físico as informações necessárias para a tomada de decisões médicas e médicas. por exemplo, sinais vitais e temperatura.¹⁸

Em seguida, colabora com a realização de exames de diagnóstico de infecção por coronavírus e para avaliação do paciente: hemoquímica, perfil de sepsis, radiografia de tórax, entre outros exames complementares, encaminhados por diversos pesquisadores.²⁰

Identifica-se que a disposição para cuidar de pacientes por parte do pessoal de enfermagem ou saúde é gerada pela presença de características de gestão adequada de todos os tipos de recursos (materiais, econômicos, tecnológicos, humanos) por parte deles, os quais são responsáveis pela recuperação de pacientes. Isso enfatiza o fato de os pacientes sentirem um maior nível de apego e confiança no tratamento oferecido pelos hospitais e, portanto, mais suscetíveis a desenvolver uma percepção e avaliação positivas dos mesmos. O exposto proporciona um clima de acessibilidade enfermeiro-paciente, pelo fato de oferecer um maior número de oportunidades de bom relacionamento e interação entre os mesmos, por meio da infraestrutura da instituição que presta os serviços de saúde, além dos complementares. ou não, atributos de cuidados adequados no seu melhor.¹⁶

As referidas percepções positivas, oriundas da gestão na prestação de cuidados médicos, além da infraestrutura oferecida, provoca menos estresse aos pacientes e equipe de enfermagem, o que afeta positivamente o comprometimento de ambas as partes; enquanto percepções negativas relacionadas a níveis elevados de pressão podem prejudicar o uso adequado dos recursos disponíveis devido ao cansaço. Dessa forma, o cansaço causado por situações adversas, como Covid19, produz um fenômeno conhecido como Burnout, independente de idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, anos de

experiência, área de atuação, empregadores. Turno, número de pacientes atribuídos pela enfermeira e local.¹⁸

Quanto mais adverso for o contexto para o gerenciamento do cuidado ao paciente, mais difícil será atender às suas necessidades e às demandas do seu trabalho, ele se tornará muito mais complexo, pois por não ser capaz de responder diante dessas demandas como enfermeiros, será difícil para eles escapar das pressões que enfrentam, gerando-lhes estresse. Que, transformada em burnout, se materializa em uma influência negativa na equipe de enfermagem, muito mais do que na equipe que atende os casos de emergência em pacientes; esse pessoal de emergência é totalmente competente para gerenciar o atendimento de emergência e resolver os problemas do paciente de forma gradual ou prematura.¹⁷

A equipe de enfermagem enfrenta a responsabilidade de salvar uma vida, de modo que as demandas daqueles ao seu redor são rígidas. Além dos códigos profissionais ou de ética mencionados na seção anterior, eles também enfrentam problemas relacionados aos pacientes e colegas, que muitas vezes pressionam esses profissionais. Portanto, ficam vulneráveis a vivenciar o estresse, que em excesso os afetará negativamente em seu ambiente, levando-os a uma má gestão do cuidado e afetando indiretamente a instituição para a qual trabalham.¹⁵

Mesmo assim, o espírito de serviço da equipe de enfermagem permanece intacta e elas continuam se dedicando à sua comunidade. Assim, esses profissionais mantêm gestão e desempenho adequados no cuidado de seus pacientes Covid-19, apesar da alta carga de trabalho e recursos limitados de que dispõem, porém continuam prestando um serviço sensibilizado para a cura e recuperação deste tipo de pacientes.²⁰

Os profissionais de enfermagem estão preparados para gerenciar o cuidado aos pacientes com doenças infectocontagiosas, que se encontram em unidades de isolamento com protocolos de proteção individual, apenas que atendem regularmente um ou dois pacientes por vez por serviço, turno e equipe de enfermagem. O desafio de gerenciar o atendimento agora em andares lotados e saturados, unidades de terapia intensiva, áreas de triagem e hospitais dedicados exclusivamente aos pacientes Covid-19, é o que gerou uma situação de estresse constante.¹⁹

Conclusão

Conforme objetivo desta pesquisa foi realizado um estudo sobre o enfrentamento de profissionais de enfermagem na gestão da pandemia de COVID-19. A situação emocional da equipe de enfermagem que cuida desses pacientes apresenta alto risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais e de saúde mental que requerem suporte profissional. É necessária a criação de iniciativas que disponibilizem estes serviços de apoio psicológico de forma oportuna e acessível, devido à longa jornada de trabalho de alguns deles. Embora sejam incipientes os esforços do governo para oferecer esse tipo de apoio, ainda são insuficientes devido à gravidade da situação.

Os resultados permitem inferir que há sobrecarga entre estes profissionais, em função do acúmulo de tarefas administrativas, de cuidado, teleconsulta e demandas específicas relacionadas a pandemia. De modo geral, todos os profissionais atuantes em UBS tiveram suas atribuições profissionais

ressignificadas durante o período, em um contexto que pode comprometer as funções essenciais e intrínsecas da ESF, que são o atendimento comunitário, a educação para a saúde e o atendimento preventivo. Embora a atuação das UBS sejam fundamentais para o diagnóstico precoce e a identificação de pacientes vulneráveis aos agravos da COVID-19, é importante que seja estabelecida a continuidade das ações que eram desenvolvidas antes da pandemia, de modo a assegurar que não haja retrocessos relacionados à prevenção de outras doenças.

Da mesma forma, em relação ao aspecto da vulnerabilidade do sistema de saúde, é necessário que os tomadores de decisão aprofundem sua busca pelo bem-estar da força de trabalho em saúde. Os enfermeiros são particularmente vulneráveis à mortalidade por Covid-19, devido ao número de horas de contato que mantêm com pacientes infectados. O exposto revela que o setor público tem trazido os tradicionais entraves da burocracia à atenção da pandemia e que, longe de tornar eficiente a gestão do apoio ao pessoal, ainda está imerso na rede de dificuldades que impedem a geração de apoio institucional ao seu pessoal de enfermagem.

O destaque da profissão de enfermagem durante o período pandêmico do COVID-19 foi revelado e discutido. É de vital importância desenvolver estratégias baseadas em evidências que respondam às novas demandas de saúde no primeiro nível de atenção. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na gestão e atenção primária no planejamento, conexão e coordenação da atenção; portanto, é importante que os formuladores de políticas, instrutores e líderes procurem desenvolver competências em sua equipe para garantir a retenção da equipe e a qualidade do atendimento.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. FERREIRA, JS et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; 9(3):818-823. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31131> . Acesso em 05 de set. de 2022.
2. LEONELLI, Luiz Bernardo. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Epidemiol**. Abr-Jun 2017; 20(2): 286-298. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pBvjRXBkJVjgPhfQG4LnfTr/?lang=pt> . Acesso em 05 de set. de 2022.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). O que é o Coronavírus? (COVID-19). [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> . Acesso em 05 de set. de 2022.
4. ALEXANDRE, Maria Edna Silva de et al. Posicionamento Atitudinal, Percepção de Vulnerabilidade e Preocupação em contrair a COVID-19. *Arq. bras. psicol.* Rio de Janeiro. v. 72, n. 2, p. 25-42, ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbep/v72n2/03.pdf>. Acesso em 05 de set. de 2022.
5. DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde**

Pública [online]. v. 36, n. 6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/> . Acesso em 05 de set. de 2022.

6. FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALISIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 29, n. 2, e2020119, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020119> . Acesso em 05 de set. de 2022.

7. JIANG, Fang et al. Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05762-w> . Acesso em 05 de set. de 2022.

8. LOPES, Gécica Valeska Barbalho; COSTA, Kalidia Felipe de Lima. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Revista Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813), v. 6, Supl. 2 (2020). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/download/3298/565> . Acesso em 05 de set. de 2022.

9. MACHADO, Carla Jorge et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 25, n. 9, p. 3437-3444, Sept. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gbs9Fg9gQyk9dfwXvjxfy8S/abstract/?lang=pt>. Acesso em 04 de set. de 2022.

10. MENDES, M. et al. Práticas da enfermagem na estratégia saúde da família no Brasil: interfaces no adoecimento. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021;42(esp):e20200117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R6DZRzqccGNJHJhYFVq544D/?lang=pt> Acesso em 05 de set. de 2022.

11. RIBEIRO, Jaqueline Fernandes et al. Profissionais de Enfermagem na UTI e seu protagonismo na pandemia: Legados da Covid-19. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 347-365, 2021. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/3423/4419> . Acesso em 05 de set. de 2022.

12. REIGADA, C. L. de L.; SMIDERLE, C. de A. S. L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 43, p. 2535, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2535> . Acesso em 05 de set. de 2022.

13. SILVA, Priscila Araújo Gonçalves da. Assistência do enfermeiro na atenção primária à saúde para a covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e34110313273, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13273/12052> . Acesso em 05 de set. de 2022.

14. SOARES, CSA; FONSECA CLR. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **J Manag Prim Health Care** [Internet]. 16º de julho de 2020 [citado 23º de julho de 2021];12:1-11. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/download/998/896> . Acesso em 05 de set. de 2022.

15. BARBOSA, Diogo Jacintho et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, p. 31-47, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/download/651/291>. Acesso em 05 de set. de 2022.
16. DAL' BOSCO, Eduardo Bassani et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKsh6mhZ3RdB8ZVx/?lang=pt>. Acesso em 05 de set. de 2022.
17. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5pFrzDtdZxnPqVNWfq8tjZj/?lang=pt>. Acesso em 05 de set. de 2022.
18. FRANZOI, Mariana André Honorato; CAUDURO, Fernanda Leticia Frates. Atuação de estudantes de enfermagem na pandemia de Covid-19. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/73491/40990>. Acesso em 05 de set. de 2022.
19. GÓES, Fernanda Garcia Bezerra et al. Desafios de profissionais de Enfermagem Pediátrica frente à pandemia da COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zm88kfbhvkYvrvyQWGqgCF/?lang=pt>. Acesso em 05 de set. de 2022.
20. LIRA, Ana Luísa Brandão de Carvalho et al. Educação em enfermagem: desafios e perspectivas em tempos da pandemia COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5k48Mq64Qp5vnCthC3GGMMq/?lang=pt>. Acesso em 05 de set. de 2022.

Autor de correspondência

Evandro de Senna Silva
Latin American Urgency And Emergency Collegium
7345 W Sand Lake Rd Ste 210 Office 8136. ZIP: 32819.
Orlando, Florida, Estados Unidos.
evandro.sena@hc.fm.usp.br

Influência das variantes genéticas do gene IL6 no transtorno depressivo maior: uma revisão

Influence of IL6 gene genetic variants on major depressive disorder: a review

Influencia de las variantes genéticas del gen IL6 en el trastorno depresivo mayor: una revisión

Antônio Avelino Ferreira Soares¹, Larissa Sousa Silva Bonasser², Calliandra Maria de Souza Silva³, Caroline Ferreira Fratelli⁴, Izabel Cristina Rodrigues⁵

Como citar: Soares AAF, Bonasser LSS, Silva CMS, Fratelli CF, Rodrigues IC. Influência das variantes genéticas do gene IL6 no transtorno depressivo maior: uma revisão. 2023; 12(4): 827-35. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p827a835>

REVISA

1. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2364-1014>

2. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7812-8026>

3. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9064-0735>

4. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0511-9452>

5. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

Recebido: 27/07/2022
Aprovado: 15/09/2022

RESUMO

Objetivo: Elucidar o quadro clínico do transtorno depressivo maior (TDM) e verificar a associação dessa condição com polimorfismos do gene IL6. **Método:** Tratou-se de uma revisão sistemática com a busca de artigos originais nas bases de dados Scopus, Web of Science, PubMed e BVS, os quais trouxeram informações sobre variantes genéticas que tinham relação com polimorfismos do gene IL6. Estudos que não apresentaram dados completos, inclusive dados estatísticos, revisões, meta-análises e resumos, foram excluídos. **Resultados:** Foram encontrados 54 artigos nas bases de dados. Utilizou-se a plataforma Rayyan para retirar as duplicatas e ler os resumos para seleção inicial. Restaram 12 artigos, onde os que eram de acesso livre foram encaminhados para leitura completa, totalizando 5 artigos para essa revisão. **Conclusão:** Evidências sugerem uma condição sistêmica no TDM e dados demonstram alterações inflamatórias. Dado que na maior parte dos estudos pacientes com TDM tiveram estados inflamatórios mais elevados, parece haver relação entre a IL-6 e o transtorno. A IL-6 induz alterações no cérebro, ativação de microglia e controla a saúde dos neurônios, podendo tornar tangível uma relação dos polimorfismos com a doença, mas ainda não existem muitos estudos na área.

Descritores: IL-6; Polimorfismo; Transtorno Depressivo Maior.

ABSTRACT

Objective: To elucidate the clinical picture of major depressive disorder (MDD) and to verify the association of this condition with polymorphisms of the IL6 gene. **Method:** This was a systematic review with the search of original articles in the databases Scopus, Web of Science, PubMed and VHL, which brought information about genetic variants that were related to polymorphisms of the IL6 gene. Studies that did not present complete data, including statistical data, reviews, meta-analyses and abstracts, were excluded. **Results:** A total of 54 articles were found in the databases. The Rayyan platform was used to remove the duplicates and read the abstracts for initial selection. There were 12 articles, where those that were freely accessible were sent for full reading, totaling 5 articles for this review. **Conclusion:** Evidence suggests a systemic condition in MDD and data demonstrate inflammatory changes. Given that in most studies patients with MDD had higher inflammatory states, there seems to be a relationship between IL-6 and the disorder. IL-6 induces changes in the brain, activation of microglia and controls the health of neurons, and may make tangible a relationship between polymorphisms and the disease, but there are not many studies in the area.

Descriptors: IL-6; Polymorphism; Major Depressive Disorder.

RESUMEN

Objetivo: Dilucidar el cuadro clínico del trastorno depresivo mayor (TDM) y verificar la asociación de esta condición con polimorfismos del gen IL6. **Método:** Se trata de una revisión sistemática con búsqueda de artículos originales en las bases de datos Scopus, Web of Science, PubMed y BVS, que aportaron información sobre variantes genéticas relacionadas con polimorfismos del gen IL6. Se excluyeron los estudios que no presentaron datos completos, incluidos datos estadísticos, revisiones, metanálisis y resúmenes. **Resultados:** Se encontraron un total de 54 artículos en las bases de datos. La plataforma Rayyan se utilizó para eliminar los duplicados y leer los resúmenes para la selección inicial. Hubo 12 artículos, donde aquellos que eran de libre acceso fueron enviados para lectura completa, totalizando 5 artículos para esta revisión. **Conclusión:** La evidencia sugiere una condición sistémica en el TDM y los datos demuestran cambios inflamatorios. Dado que en la mayoría de los estudios los pacientes con TDM tenían estados inflamatorios más altos, parece haber una relación entre la IL-6 y el trastorno. La IL-6 induce cambios en el cerebro, la activación de la microglía y controla la salud de las neuronas, y puede hacer tangible una relación entre los polimorfismos y la enfermedad, pero no hay muchos estudios en el área.

Descritores: IL-6; Polimorfismo; Trastorno depresivo mayor.

Introdução

Os transtornos depressivos são um grande problema de saúde pública, os quais apresentam alta prevalência e causam impactos psicossociais e na saúde geral.¹ Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, representando 3,8% da população mundial.² Uma pesquisa revelou que entre os anos de 2013 e 2019 a prevalência de depressão entre os brasileiros aumentou e observou que, em 2019, 10,8% dessa população estava deprimida.³

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os principais sintomas da depressão são humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades⁴. Existem ainda outros sintomas que ajudam no diagnóstico e podem estar presentes, como alterações no apetite ou no peso, sono desregulado, mudança na atividade psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalia ou culpa, irritabilidade, dificuldade para pensar, problemas com a concentração ou para tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte, com ou sem ideação suicida.⁵ Na depressão maior, cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais devem ser evidentes, incluindo estado deprimido ou anedonia.⁶

A etiologia dessa condição ainda não é muito clara, pois pode haver vários fatores envolvidos,⁷ mas, em geral, pesquisas atribuem suas causas à interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo que alguns estudos epidemiológicos indicam que a contribuição dos fatores genéticos é de aproximadamente 40% a 50%.⁸ Alguns trabalhos apontam a associação da depressão com a ativação do sistema imunológico, caracterizada por níveis mais elevados de citocinas pró-inflamatórias. Alguns estudos mostraram que os níveis dessas citocinas (por exemplo, IL-1 β , IL-6, IFN- γ) são altos em pacientes com depressão.⁹

Algumas pesquisas clínicas demonstraram perfis de inflamação anormal em pacientes com TDM e uma suspeita para essa associação é que uma possível ativação crônica, mesmo que baixa, de inflamação e do sistema imunológico contribuam para alguns dos mecanismos biológicos no desenvolvimento do TDM.¹⁰

A interleucina 6 (IL-6) é uma citocina pró-inflamatória que ocupa uma posição central nos processos inflamatórios.¹¹ Ela atua no músculo esquelético, no tecido adiposo, no sistema cardiovascular, no fígado e no cérebro.¹² Além disso, ela possui outras funções fisiológicas, como diferenciação de linfócitos, proliferação e sobrevivência celular, potencialização de sinais apoptóticos, além de possuir ação na formação óssea, em processos hematopoiéticos, inflamatórios, metabólicos e funções endócrinas, possuindo habilidade de afetar vários órgãos e tecidos. A síntese desregulada de IL-6 tem sido associada a inúmeras doenças, entre elas, o câncer.¹³

O sistema nervoso central regula o sistema imunológico por meio das vias neuroendócrinas, e, por outro lado, o sistema imunológico sinaliza o cérebro por meio da ação das citocinas. O desequilíbrio entre as citocinas pró e anti-inflamatórias está envolvido na patogênese de muitas doenças humanas, entre elas, a depressão maior.⁹ Dessa forma, essa pesquisa teve o objetivo de elucidar o

quadro clínico do transtorno depressivo maior (TDM) e verificar a associação dessa condição com polimorfismos do gene *IL6*.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática com base nas diretrizes estabelecidas pelo Prisma. Os critérios de inclusão para esta revisão foram baseados nos aspectos população, exposição, comparação, desfecho e tipo de estudo (PECOS), onde: (1) população: participantes de pesquisa humanos portadores do TDM; (2) exposição: variantes genéticas do gene *IL6*; (3) comparação: frequência alélica dos indivíduos e nível da doença; (4) desfecho: flutuação da frequência alélica em diferentes populações; (5) tipo de estudo: observacional e intervenção. Estudos que não apresentaram dados completos, inclusive dados estatísticos, revisões, meta-análises e resumos, foram excluídos.

A busca de artigos foi realizada em novembro de 2021 e foram utilizadas as bases de dados Scopus, Web of Science, PubMed e Portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Não houve restrições quanto ao idioma ou tempo de publicação. Foram utilizados termos indexados que refletem a exposição e o desfecho de interesse para esta revisão. Para tanto, os seguintes descritores foram empregados: “*Polymorphism, Genetic*”, “*IL-6*”, “*Depressive Disorder, Major*”, combinados pelo operador booleano “AND”.

Na primeira etapa da seleção de artigos, a análise foi realizada de forma independente por dois revisores (AA e CF), que analisaram o título e o resumo dos artigos pré-selecionados, observando e respeitando os critérios de inclusão predefinidos na estratégia PECOS. Os artigos encontrados foram submetidos à plataforma de análise de dados *Rayyan*, a fim de identificar as duplicatas e estudos que não respeitavam os critérios de inclusão predefinidos.

Na segunda fase da análise, os mesmos revisores (AA e CF) verificaram a integridade e analisaram o conteúdo completo dos artigos selecionados na fase anterior, também de forma independente, onde foram selecionados apenas artigos de acesso livre (*open acces*). Para tanto, foi utilizado o software Mendeley Reference Manager 2.68.0© 2022 Mendeley Ltd. A plataforma Mendeley também foi utilizada para a leitura de todo o suporte bibliográfico utilizado nesse artigo. Em seguida, os revisores certificaram a elegibilidade dos artigos selecionados e então criaram uma planilha eletrônica no Microsoft Office Excel de forma independente, em que usaram os dados: autor, título, ano, país, objetivo, tamanho da amostra, variante genética, método laboratorial, resultados, p-valor (quando apontado no estudo) e odds ratio/intervalo de confiança (I.C.)(quando apontado no estudo).

Resultados

Foram encontrados inicialmente 54 artigos nas bases de dados selecionadas para o estudo. Após a retirada das duplicatas, triagem e leitura completa dos artigos restaram então em 5 referências que serviram de base bibliográfica para essa revisão, conforme demonstrado na Figura 1.

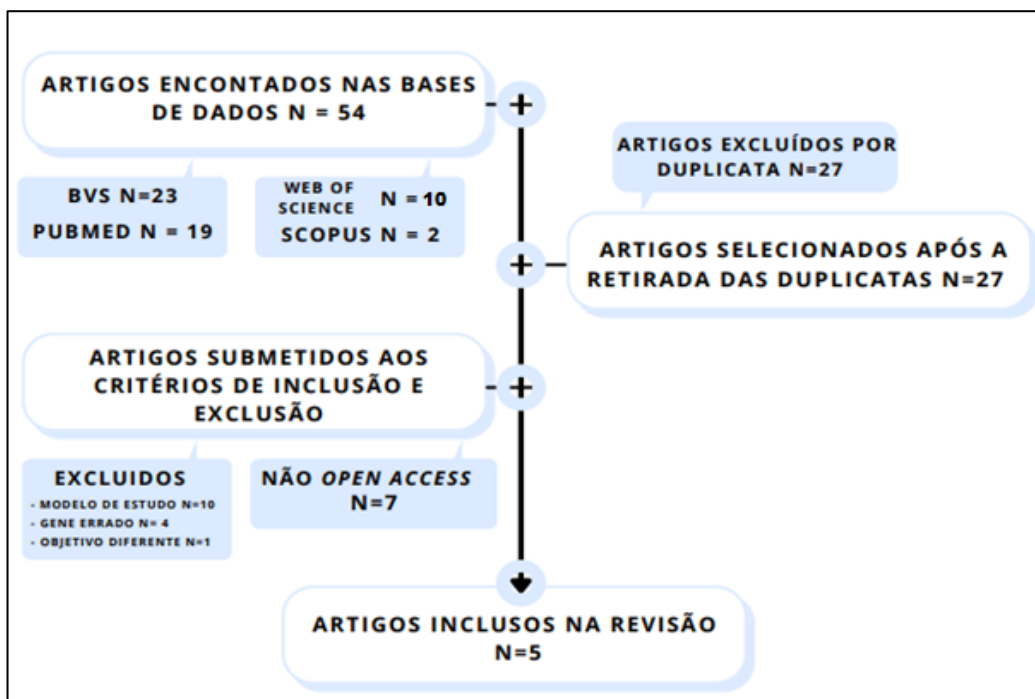


Figura 1- Fluxograma da pesquisa bibliográfica

Uma das principais características observadas nos artigos selecionados foi a presença do sexo feminino, estatisticamente relevante, nas análises feitas em três dos cinco estudos, sendo eles o de Uher et al.¹⁴ Jansen et al.¹⁵ e Draganov et al.¹⁶ A origem dos estudos em sua maioria foi na Europa, especificamente em Portugal, de Carvalho et al.¹⁷, na Holanda, de Jansen et al.¹⁵ e em Barcelona, de Draganov et al.¹⁶ mas também foi encontrado um estudo de Zhang et al.¹⁰ na população Chinesa de Xangai.

Os estudos encontraram diversas variantes genéticas nas comparações feitas com os grupos caso-controle, e o estudo de Zhang et al.¹⁰ incluiu a análise de haplótipo. Os estudos de Zhang et al.¹⁰, Carvalho et al.¹⁷ e Draganov et al.¹⁶ encontraram o polimorfismo -174C>G rs1800795, o qual mostrou uma relação direta na produção de IL-6. Todos os dados coletados dos artigos estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1- Comparação dos estudos observados examinando as variantes do gene IL6 em diferentes populações e suas associações com o Transtorno Depressivo Maior (TDM).

Autor	Título	Ano	País	Objetivo	Tamanho da amostra	Variante genética	Método laboratorial	Resultados	p-valor (caso x controle)	OR/Intervalo de confiança (I.C.)
R. Jansen et al.(11)	Gene expression in major depressive disorder	2016	Holanda	Identificar associações entre a expressão gênica e o status TDM usando a expressão gênica do sangue periférico em 1.848 indivíduos do Estudo Holandês de Depressão e Ansiedade (NESDA), enquanto contabilizava múltiplas covariáveis demográficas e técnicas.	N = 882 (47.7%) 635 (34.4%) F = 594 (67.3%) 448 (70.6%)		RUCDR Infinita Biologics	Supreregulação vias de IL-6 Uma comunicação de reforço bidirecional entre o cérebro e o sistema imunológico foi proposta como parte da etiologia do TDM.		
Zhang et al.(7)	Identification of IL6 as a susceptibility gene for major depressive disorder	2016	Xangai	Analisamos a diferença de expressão de mRNA de IL6 entre pacientes com MDD virgens de drogas e controles normais, investigar se a IL6 está geneticamente associada ao TDM em uma população chinesa Han e realizar uma análise de eQTL (expression quantitative trait loci) por meio de um banco de dados disponível para investigar o papel potencial do risco das SNPs na expressão de mRNA de IL6 no cérebro.	N=50 C= 50	rs1800797 rs1800798 rs1800795 rs2069837 rs1524107	polimerase quantitativa em tempo real (qRT-PCR)	Níveis de expressão de mRNA de IL6 no sangue periférico em pacientes virgens de drogas com transtorno depressivo maior é maior que o grupo controle, SNP rs1800797 mostrou associação significativa de IL6 no córtex frontal daqueles com alelo A	0.008	
Uher et al.(10)	Genome-Wide Pharmacogenetics of Antidepressant Response in the GENDEP Project	2010	Europa	O objetivo deste estudo foi identificar variantes genéticas subjacentes às diferenças individuais consideráveis em resposta ao tratamento antidepressivo. Os autores realizaram uma análise de associação de todo o genoma da melhora da gravidade da depressão com dois medicamentos antidepressivos.	N= 706 F=444(63%) Escitalopram (N=394) Nortriptyline (n=312)	rs7801617	Genotipagem	Descobriu que (os principais alelos do SNP rs1126757 no gene que codifica IL-11) e do SNP rs7801617 no gene IL-6 (C e G, respectivamente) previu uma pior resposta antidepressiva em resposta ao tratamento com escitalopram.	0.002	
Draganov et al.(12)	Association study of polymorphisms within inflammatory genes and methylation status in treatment response in major depression	2020	Barcelona	O principal objetivo do estudo foi investigar se a resposta ao tratamento em pacientes com TDM pode estar associada a variantes genéticas e seu estado de metilação em genes inflamatórios.	N = 153 F=105(69%) responder=91	rs2069824 rs10242595 rs12700386 rs1800795 rs1800797 rs2069835 rs2069837 rs2069840	PCR em tempo real	Com relação à IL6 , os resultados atuais sugerem que o polimorfismo rs2069824 pode estar associado à resposta ao tratamento	0.04	
Carvalho et al.(13)	IL6-174G > C genetic polymorphism influences antidepressant treatment outcome	2016	Portugal	Este estudo visa avaliar o papel dos polimorfismos funcionais IL6-174G > C e IL6R D358A A > C em fenótipos de tratamento antidepressivo, especificamente remissão, recaída e depressão resistente ao tratamento (TRD)	N = 80	rs1800795	Genotipagem	O polimorfismo IL6-174G > C influencia o resultado do tratamento antidepressivo neste subgrupo de pacientes com TDM polimorfismo homocigoto GG, foram descritos para têm concentrações mais altas de IL-6 do que o genótipo G/C ou C/C.	0.038	0.068-0.869

Discussão

A IL-6 é uma citocina pró-inflamatória que possui ação no cérebro devido à sua expressão em neurônios⁹. Zhang et al.¹⁰ analisaram a diferença da expressão de mRNA da IL-6 entre os pacientes com TDM que não usavam drogas para tratamento da doença e controles normais em uma população de Xangai. Além disso, eles procuraram associar o grau dos sintomas depressivos e a suscetibilidade ao TDM com o gene *IL6*. Por fim, realizaram uma análise de eQTL (*expression quantitative trait loci*) por meio de um banco de dados disponível para investigar o papel potencial do SNP de risco na expressão de mRNA de IL-6 no cérebro.

Como resultado, os pesquisadores observaram que o polimorfismo -597G>A teve uma alta relevância estatística entre os portadores de TDM. As taxas de expressão de IL-6 no córtex frontal em indivíduos com alelo A foi significativamente mais elevada (OR = 4,72, IC 95%: 1,60-13,89, P = 0,01). Apesar dessa relação estatística, o estudo encontrou algumas limitações, como a necessidade de analisar os tecidos cerebrais de forma mais ampla, visto que o TDM é um transtorno que altera a funcionalidade cerebral, além da baixa frequência do alelo A na amostragem, o que poderia diminuir o poder de análise estatístico dos testes usados.¹⁰

Um outro estudo procurou identificar associações entre a expressão gênica e o status de pacientes com TDM. A pesquisa buscou uma população heterogênea, mas a amostragem tinha indivíduos equivalentes aos achados epidemiológicos da doença, ou seja, mais mulheres do que homens, além de ter uma amostra com alto índice de massa corporal. A análise foi feita no período de dois anos e foram analisados um grupo de pacientes com TDM e/ou transtorno

de ansiedade atual ou anterior e um grupo controle saudável sem histórico de TDM¹⁵.

No mesmo estudo observou-se que houve uma diferença estatística relevante quando comparados os dados dos indivíduos do grupo TDM atual e os do grupo controle, o que pode indicar que os efeitos do estado do TDM na expressão gênica são mais fortes que os efeitos dos traços. Além disso, pôde-se observar pacientes com as vias da IL-6 suprarreguladas e a infrarregulação de Células NKs. Nesse sentido, níveis elevados de IL-6 e outras citocinas pró-inflamatórias sugerem uma via causal de inflamação com o TDM. Com isso sugere-se que IL-6 e outras citocinas fazem parte de uma rede maior de proteínas que são mais expressas no TDM.¹⁵

Uher et al.¹⁴ se propuseram a identificar variantes genéticas relacionadas à resposta ao tratamento em pacientes europeus que foram tratados com os antidepressivos escitalopram e nortriptilina durante um período de 12 semanas. Essa análise farmacogenética buscou encontrar o desfecho genético dessas variantes associadas a uma melhora ou a uma piora na gravidade dos sintomas da depressão. Na relação entre os polimorfismos e o tratamento, os autores puderam constatar que o polimorfismo genético do gene da interleucina 6 e da interleucina 11 podem tornar os indivíduos com a variante vulneráveis ao desenvolvimento do TDM e a uma má resposta do tratamento com antidepressivos¹⁴.

O mesmo estudo conseguiu elucidar que o polimorfismo rs7801617 *IL-6A>C* no gene *IL6* desempenha um importante papel na resposta aos antidepressivos serotoninérgicos, visto que, em conjunto com a interleucina 11, a IL-6 atua produzindo mais acetilcolina nos neurônios, inibindo a produção de serotonina. Com menos serotonina produzida e menos excreção, os quadros se agravam para os pacientes que fazem uso desse medicamento, que inibe a recaptação de serotonina.¹⁴

Uma pesquisa realizada por Draganov et al.¹⁶ teve o intuito de investigar o desfecho do tratamento em pacientes com TDM e sua resposta em relação às variantes genéticas e seus estados de metilação nos genes inflamatórios. Logo, sugeriram que o polimorfismo rs2069824 do gene *IL6* pode estar associado à resposta ao tratamento do TDM, ainda que sua descoberta necessite de cuidado, visto que não foram feitas correções de comparações haplotípicas. Mesmo assim, os pesquisadores sugeriram um foco para a investigação desse gene, já que há correlação com pacientes portadores de TDM (p =Valor = 0,04; I.C. 1,55)¹⁶.

Outro achado deste estudo foi que o gene do receptor de IL-6 (*IL6R*) também tem relação com a resposta ao tratamento. Essa associação de IL-6 dependente de *IL6R* sugere que existe uma relação entre a IL-6 e o TDM. Essas variantes genéticas deixam claro que existe um papel desempenhado também na metilação de *IL6R*, em suma, porque foi observado que pacientes responsivos ao tratamento tem uma metilação mais alta do que não responsivos. Isso sugere que o polimorfismo do receptor pode estar associado a flutuações nos níveis periféricos de IL-6 em pacientes com pior prognóstico de tratamento¹⁶. Estudos anteriores também sugeriram que alterações de metilação podem ocorrer mais em pacientes com TDM.^{18,19}

Por fim, Carvalho et al.¹⁷ analisaram a ação do polimorfismo funcional *IL6* -174G>C e do polimorfismo *IL6R* D358A A>C em pacientes sob tratamento com antidepressivos que tinham TDM resistente ao tratamento. Eles obtiveram dados estatísticos muito relevantes e observaram que pacientes com o polimorfismo -174G>C, quando heterozigotos (GC), apresentavam cerca de 75% menos risco de recaídas no tratamento se comparados com o homozigoto para o polimorfismo (GG) (*p*-Valor = 0,038; I.C.=0,068-0,869). Contudo, também se observou que o genótipo CC tem remissão mais cedo que os outros dois genótipos, com tempo médio de 6 semanas em comparação com 15 dos portadores dos genótipos GG/GC. Já o polimorfismo *IL6R* não teve relevância estatística nos achados desse estudo¹⁷.

No mesmo estudo, pôde-se observar que o alelo C está associado a uma menor produção da citocina pró inflamatória IL-6, enquanto que o alelo G está associado a níveis mais elevados. Portadores do genótipo homozigoto GG têm sido descritos como genótipo com perfil inflamatório mais elevado e, conseqüentemente, um risco maior para diagnóstico de TDM, seja no grau dos sintomas quanto no tratamento, que muitas vezes não é responsivo ao uso de medicamentos.¹⁷

Conclusão

Evidências sugerem uma condição sistêmica no TDM, visto que há presença significativa de dados que demonstram as alterações inflamatórias centrais e periféricas em pacientes com esse transtorno, as quais parecem fazer parte da fisiopatologia da doença. Essas citocinas pró-inflamatórias têm sido encontradas em altos níveis em pacientes deprimidos.

Devido ao fato de a IL-6 induzir alterações no cérebro, ativação de microglia e controlar a saúde dos neurónios e das células gliais, uma mudança na funcionalidade pode ocorrer, pois ela pode diminuir a expressão de serotonina e a captação das monoaminas. Logo, a possível relação entre o TDM e os polimorfismos no gene *IL6* se tornam mais tangíveis. Porém, novos estudos precisam ser realizados em diferentes populações, já que existem poucos estudos na área, para que assim possamos compreender mais a etiologia da doença e procurar melhorar a qualidade de vida dos portadores dessa condição.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Theisen, J. M.; Breitsameter, R. de M. M.; Breitsameter, G. Atuação da enfermagem no cuidado com fístula e enxerto arteriovenoso em hemodiálise. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 355-364, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.355-364. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/573>
2. Parecer Técnico S/N - Doença Renal Crônica. PAD N° 789/2018: OE 16. Portaria GM N° 1675/2018. Doença Renal Crônica Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0100-2020-ctln-cofen_85157.htm
3. Sostisso, CF, Olikszechen M, Sato MN, Oliveira, MASC, Karam S. Força de apreensão manual como instrumento de avaliação do risco de desnutrição e inflamação em pacientes em hemodiálise. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)*. 2020. 42(4):429-436.
4. Souza ABG, Chaves LD, Silva CM. *Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática*. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v.17, n.4. p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
6. Maia SF, Cruz FWV, Silva EVB, Silveira FDR, Silva Jr. JNF. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise em uso de Cateter Duplo Lúmen. 2021 jan/dez; 13:410-414. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9104>
7. Silva VLF, Takashi MH. Papel do enfermeiro frente a doença renal crônica dialítica na unidade de terapia intensiva. *REVISA*. 2021; 10(Esp.2): 826-32. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.nEsp2.p826a832>
8. Lucena AF, Magro CZ, Proença MCC, Pires AUB, Moraes VM, Aliti GB. Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e66789. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66789>
9. Almeida, AL; Silva, IAS; Araujo, RV. Intervenções de enfermagem para prevenção e manejo das intercorrências durante a diálise. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e206101522980, 2021.
10. Costa BCP, Duarte FHS, Lima MA, et al. Vivências do cuidado de enfermagem em Unidade de Diálise: Relato de Experiência. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2020;10:e3084. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3084>

11. Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC. Intensivist nurse performance in the collaborative model of continuous hemodialysis: links with patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03475. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004603475>

12. Andrade BRP, Barros FM, Lúcio HFA, Campos JF, Silva RC. Experiência de enfermeiros no manejo da hemodiálise contínua e suas influências na segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28: e20180046. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0046>

Autor de correspondência

Izabel Cristina Rodrigues da Silva.
Campus Universitário, s/n, Centro Metropolitano. CEP:
72220-275. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
belbiomedica@gmail.com

O modelo conceitual de saúde bucal de Locker: um estudo reflexivo

Locker's conceptual model of oral health: a reflective study

O modelo conceitual de saúde bucal de Locker: um estudo reflexivo

Igor Ferreira Borba de Almeida¹, Kátia Santana Freitas², Deybson Borba de Almeida³, Ivana Conceição Oliveira da Silva⁴, Márcio Campos Oliveira⁵

Como citar: Almeida IFB, Freitas KS, Almeida DB, Silva ICO, Oliveira MC. O modelo conceitual de saúde bucal de Locker: um estudo reflexivo. 2023; 12(4): 836-42. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p836a842>

REVISA

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8396-7385>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0491-6759>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2311-6204>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1198-2081>

5. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1913-0717>

Recebido: 18/07/2022
Aprovado: 25/09/2022

RESUMO

Objetivo: apresentar criticamente a teoria do modelo conceitual de saúde bucal de Locker. **Método:** trata-se de um estudo descritivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa. Utilizou-se artigos entre 1994 e 2021, nas bases de dados Scielo e Lilacs. **Resultados:** o modelo conceitual de saúde bucal de Locker é um modelo aperfeiçoado e modificado da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde. Considera-se que os impactos dos problemas bucais sobre a vida das pessoas seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste para o social. Tal abrangência de abordagem é importante e adequada, pois considera-se que é perfeitamente possível que uma doença produza impacto em uma ou mais dimensões da vida das pessoas, ou casualmente em todas elas. **Conclusão:** o modelo conceitual de Locker continua sendo utilizado, na atualidade, como base para o desenvolvimento de instrumentos de medida da qualidade de vida relacionados à saúde bucal. Entender a essência deste modelo é fundamental para mensurar corretamente este construto e entender o que está em torno dos domínios de avaliação.

Descritores: Teoria crítica; Saúde bucal; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to critically present the theory of locker's conceptual oral health model. **Method:** this is a descriptive study based on a literature review of a qualitative approach. Articles were used between 1994 and 2021 in the Scielo and Lilacs databases. **Results:** Locker's conceptual oral health model is an improved and modified model of the International Classification of Disabilities, Disabilities and Disadvantages of the World Health Organization. It is considered that the impact of oral problems on people's lives is carried out progressively, from the biological to the behavioral level and from this to the social. Such comprehensiveness of approach is important and appropriate, because it is considered that it is perfectly possible for a disease to have an impact on one or more dimensions of people's lives, or casually in all of them. **Conclusion:** the conceptual model of Locker continues to be used, nowadays, as a basis for the development of instruments to measure quality of life related to oral health. Understanding the essence of this model is fundamental to correctly measure this construct and understand what is around the evaluation domains.

Descriptors: Critical theory; Oral health; Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: presentar críticamente la teoría del modelo conceptual de salud bucal de locker. **Método:** estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica de abordaje cualitativo. Los artículos fueron utilizados entre 1994 y 2021 en las bases de datos Scielo y Lilacs. **Resultados:** El modelo conceptual de salud bucal de Locker es un modelo mejorado y modificado de la Clasificación Internacional de Discapacidades, Discapacidades y Desventajas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que el impacto de los problemas bucales en la vida de las personas se lleva a cabo de forma progresiva, desde el nivel biológico hasta el conductual y desde éste hasta el social. Tal amplitud de enfoque es importante y apropiada, porque se considera que es perfectamente posible que una enfermedad tenga un impacto en una o más dimensiones de la vida de las personas, o casualmente en todas ellas. **Conclusión:** el modelo conceptual de Locker continúa siendo utilizado, hoy en día, como base para el desarrollo de instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Comprender la esencia de este modelo es fundamental para medir correctamente este constructo y comprender qué hay alrededor de los dominios de evaluación.

Descriptores: Teoría crítica; Salud bucal; Calidad de vida.

Introdução

A saúde bucal faz parte da saúde geral e torna-se, portanto, essencial e necessária para a manutenção da qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Para que estes a tenham em plenitude, todas as pessoas devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita mastigar, falar, sorrir, não sentir dor ou desconforto e ter relacionamentos de maneira livre e sem constrangimento.¹

Sendo assim, o grupo de estudos de QV da Organização Mundial de Saúde declarou que a QV relacionada à saúde deve ser compreendida como a percepção dos indivíduos de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²

No campo da Odontologia, a literatura aponta que diversos instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de mensurar o impacto das condições bucais na percepção de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Entre os instrumentos desenvolvidos, citam-se o *Quality-of-life questionnaire for patients with oral potentially malignant disorders* (OPMD QoL) *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), *Dental Impacts on Daily Living* (DIDL), *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Oral Health Impact Profile* (OHIP), com suas derivações, OHIP-14, OHIP-Edent, o OIDP (*Oral Impacto n Daily Performances*) e outros.³⁻⁵

Nessa perspectiva, o modelo conceitual de saúde bucal de Locker (1988), foi desenvolvido e utilizado por diversos autores na construção de instrumentos de medida em saúde bucal, sobretudo para avaliação dos impactos da saúde bucal na QV dos indivíduos. Trata-se de um modelo aperfeiçoado e modificado da Classificação Internacional de Deficiências, incapacidades e desvantagens da Organização Mundial de Saúde.^{2,6}

Publicado há mais de três décadas, este modelo representou uma mudança fundamental na Odontologia, pois teve a proposta de romper o paradigma fortemente associado à área com ênfase na doença, passando a enfatizar uma perspectiva centrada no paciente (indivíduos)⁶.

Tomando como base a importância da temática no campo científico, social e tecnológico, sobretudo para a utilização, entendimento e desenvolvimento de instrumentos de medida de qualidade de vida relacionados à saúde bucal, este artigo tem como objetivo apresentar criticamente a teoria do modelo conceitual de saúde bucal de Locker.

Método

Trata-se de um estudo descritivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa. A obtenção dos dados realizou-se por meio da pesquisa de capítulos de livros e artigos de Odontologia e Qualidade de Vida tendo como critérios de inclusão aqueles que contemplassem o tema Qualidade de Vida associada à Saúde Bucal. O período de publicação analisado foi de 1994 a 2021, incluindo-se artigos indexados nas bases de dados SCIELO e LILACS.

Resultados e Discussão

Descrição crítica e reflexiva do modelo conceitual de saúde bucal de Locker

O modelo conceitual de saúde bucal de Locker é um modelo aperfeiçoado e modificado da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde^{6,7}.

David Locker, nascido em Derbyshire, na Inglaterra, em 1949, formado em administração de Serviços de Saúde e Sociologia, era professor do departamento de Odontologia Comunitária da Faculdade de Odontologia da Universidade de Toronto quando desenvolveu o modelo conceitual de saúde bucal de Locker. Considerando-se de um esquema linear que interliga e associa os conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social⁶.

Além disso, pode-se afirmar que neste modelo conceitual, o autor entendeu a qualidade de vida relacionada à saúde bucal na vida do indivíduo como o impacto (positivo e negativo) gerado pelas condições de saúde bucal na vida do indivíduo, nos seus três principais domínios (físico, social e psicológico). Pode-se acrescentar que neste modelo explicativo as doenças bucais são ligadas às características biológicas, comportamentais e consequências psicológicas dos indivíduos⁶.

A organização deste modelo permite que a análise do impacto dos problemas bucais sobre a vida das pessoas seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste último para o social. Este modelo presume que eventos sequenciais, relacionados às doenças bucais, podem causar incômodo, limitações funcionais e, conseqüentemente, resultar em disfunções e até mesmo inabilidades⁶.

Considera-se, então, que os impactos dos problemas bucais sobre a vida das pessoas seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste para o social. Tal abrangência de abordagem é importante e adequada, pois considera-se que é perfeitamente possível que uma doença produza impacto em uma ou mais dimensões da vida das pessoas, ou casualmente em todas elas⁶.

Publicado há mais de três décadas, o Modelo Conceitual de Locker⁶ (MCL) representou uma mudança fundamental na Odontologia, pois teve a proposta de romper o paradigma da área com ênfase na doença, passando a enfatizar uma perspectiva centrada no paciente (indivíduos). Portanto, por meio do MCL foi possível se obter um modelo científico estruturado, voltado para o indivíduo, com o objetivo de compreender a doença bucal e suas consequências clínicas e sociais. Este modelo foi desenvolvido na perspectiva que existem cinco consequências ou desdobramentos oriundos de doenças bucais: doença; limitação funcional; dor e desconforto; incapacidade e deficiência (Figura 1).

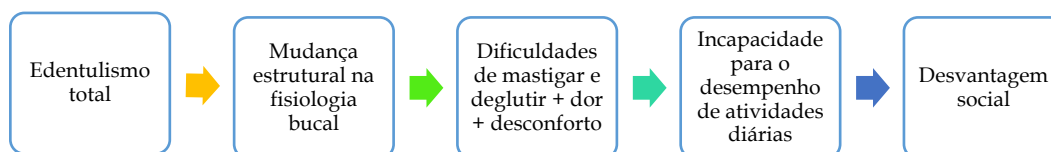
Figura 1- Modelo linear de saúde bucal de Locker (1988)⁶.



Fonte: Locker, 1988.

Pode-se ilustrar (figura 2) a lógica implicada neste modelo com o seguinte exemplo: doença ou condição bucal: edentulismo total (mudança estrutural fisiológica) leva à limitação funcional (com restrições nas funções corporais, como por exemplo, dificuldade de mastigar e deglutir os alimentos) e também dor ou desconforto (autorrelatos de aspectos físicos e psíquicos, por exemplo, gengivas doloridas por atrito de alimentos) que, combinados, esses sinais e sintomas levam à limitação (limitações no desempenho de atividades diárias, como por exemplo, a dieta insatisfatória) e em seguida para a deficiência (com implicações sociais, como por exemplo o isolamento social)^{6,8}.

Figura 2- Exemplo prático do modelo conceitual de saúde bucal de Locker. 2023.



Apesar de ter sido criado no final da década de 80, recentemente, muitos autores utilizam este modelo conceitual no desenvolvimento de seus instrumentos de medida da qualidade de vida em saúde bucal, pode-se citar, por exemplo, o Questionário de qualidade de vida para indivíduos com distúrbios orais potencialmente malignos^{3,5} e o questionário de qualidade de vida para indivíduos com fibrose submucosa crônica⁹.

Voltando às origens e aprofundando os conceitos: classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens da organização mundial de saúde (CIDID)

As Classificações Internacionais de Saúde que representam modelos consensuais a serem internalizados pelos Sistemas de Saúde mundiais, objetivando uma linguagem comum para a descrição de problemas ou tomada de decisões em saúde¹⁰. Sendo assim, a finalidade das Classificações Internacionais da OMS consiste em promover a seleção apropriada de classificações em vários campos da saúde de alcance mundial. Facilitando, portanto, o levantamento, consolidação, avaliação e interpretação de dados; a formação de bases de dados nacionais consistentes, e permitem a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países¹⁰.

Farias e Buchalla¹¹ ressaltam que é de fundamental importância para a área de saúde, sobretudo com relação às doenças crônicas, que se conheça o que

acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo. Para o planejamento de ações e tomada de decisão em saúde, conhecer apenas as causas de morte e as doenças mais frequentes, em tempo que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente.

A CIDID⁷ teve como objetivo oferecer uma estrutura conceitual para informação e prevenção precoce, sendo relevante para as consequências de doenças, lesões ou distúrbios a longo prazo. Foi também muito importante para o estudo de sistemas de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas. Destaca-se que os conceitos desta classificação suscitaram o interesse filosófico e suas aplicações se estenderam às atividades da previdência social, concepção de pesquisas populacionais, avaliação das capacidades de trabalho, aspectos demográficos e outros.

É importante considerar que esta classificação teve uma aplicação primária na descrição de circunstâncias de indivíduos com deficiência em uma ampla variedade de ambientes, dessa forma, foi desenvolvida com a intenção de ser aplicada ao cuidado de indivíduos desde o diagnóstico até o tratamento, também para avaliação de resultados dos tratamentos⁷.

O modelo conceitual de saúde bucal desenvolvido por Locker⁶ teve como base as diretrizes, lógica e conceito da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde (CIDID) que foi publicado, em caráter experimental, em 1976, fruto da 29^a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 1976⁷. O objetivo deste manual visava responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças.

Os parágrafos que se seguem referem-se exclusivamente ao texto da CIDID publicada em 1980⁷.

Neste contexto, este manual representa um marco conceitual, no qual os termos passam a ter as seguintes descrições:

- i) *impairments* - para o português **deficiência** - é classificada como as anormalidades nos órgãos, sistemas e nas estruturas do corpo. É a doença instalada que pode alterar a estrutura fisiológica no indivíduo. Ainda no contexto da saúde, uma deficiência é qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica na estrutura ou função de um órgão ou sistema. São perdas ou anormalidades que podem ser temporárias ou permanentes e que inclui existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito, perda em um membro ou órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, incluindo os sistemas da função mental. O uso deste termo não indica necessariamente que a doença esteja presente ou que o indivíduo seja considerado doente. Considera-se, também, o conceito de “deficiência latente” no qual o indivíduo possui ou abriga o agente etiológico, entretanto, só terá a deficiência quando este agente inicia na reação pelo corpo de modo que os processos patológicos se desenvolvem.
- ii) *disability* - para o português **incapacidade** - é caracterizada como as consequências da deficiência (doença) do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades diárias.

- iii) *handicap* – para o português **desvantagem** - reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da doença e da incapacidade. É o resultado da interação entre a deficiência e a incapacidade.

No que diz respeito ao arcabouço teórico conceitual, a CIDID é baseada na lógica de que exista uma etiologia para as doenças, que por sua vez geram manifestações que se caracterizam como dificuldades, no entanto a lógica adotada não leva em consideração toda a gama de problemas que levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde. De maneira prática, a doença interfere na capacidade dos indivíduos de desempenhar suas funções, ou seja, a pessoa doente é incapaz de sustentar seu papel social habitual e por isso terá dificuldade de manter sua rotina junto à sociedade⁷.

Conclusão

O modelo conceitual de Locker continua sendo utilizado, na atualidade, como base para o desenvolvimento de instrumentos de medida da qualidade de vida relacionados à saúde bucal. Entender a essência deste modelo é fundamental para mensurar corretamente este construto e entender o que está em torno dos domínios de avaliação.

Este modelo está longe de ser o ideal na avaliação da qualidade de vida, entretanto, venceu paradigmas enraizados na Odontologia e nos permite a analisar como os impacto da presença ou ausência de saúde bucal sobre a vida das pessoas seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste último para o social.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

- 1- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(1):3-23.
- 2- The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-1409.
- 3- Tadakamadla J, Kumar S, Laloo R, Johnson NW. Development and validation of a quality-of-life questionnaire for patients with potentially malignant oral disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017; 123(3):338-349.
- 4- Possebon APR. Análise fatorial exploratória e confirmatória OHIP-Edent. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas. 2017.

5- Almeida IFBA *et al.* Cross-cultural adaptation of quality of life questionnaire for individuals with oral potentially malignant disorders in the Brazilian context. *Acta Odontol. Latinoam.* 2021; 34(1):71-80.

6- Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*, 1988; 5(1):3-18.

7- Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa, 1989.

8- Baker SR, Gibson B, Locker D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36:532-541.

9- Gondivckar *et al.* Development & validation of oral health related quality of life measure in oral submucous fibrosis. *Oral Diseases.* 2018; 24(6): 15-27.

10- World Health Organization. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics. Head and Neck Tumours. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) IARC Press. 2005; 177-9.

11- Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):187-93.

Autor de correspondência

Igor Ferreira Borba de Almeida
Bloco III - SGAS Quadra 913 - s/n. CEP: 70390-130.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
borbadealmeidaigor@gmail.com

Fenômenos de saúde, resiliência e qualidade de vida de acadêmicos de medicina- estudo comparativo

Health phenomena, resilience and quality of life of medical students- comparative study

Fenómenos de salud, resiliencia y calidad de vida de los estudiantes de medicina- estudio comparativo

Gabriel Faria Pol¹, Nathalia Fernandes Rodrigues², Rodrigo Marques da Silva³

Como citar: Pol GF, Rodrigues NF, Silva RM. Fenômenos de saúde, resiliência e qualidade de vida de acadêmicos de medicina- estudo comparativo. 2023; 12(4): 1-13. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p843a857>

REVISA

1. Centro Universitário De Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6406-9398>

2. Centro Universitário De Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1695-7451>

3. Centro Universitário De Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

Recebido: 28/07/2023
Aprovado: 25/09/2023

RESUMO

Objetivo: comparar os fenômenos de saúde (níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade do sono), bem como a capacidade resiliente e a qualidade de vida por ciclo de curso entre acadêmicos de medicina de instituição privada de ensino. **Método:** pesquisa transversal, analítica e de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos de validação internacional entre novembro e dezembro de 2022 junto a discentes do curso de medicina de uma instituição privada do Distrito Federal. **Resultados:** 50% dos estudantes utilizam fármacos para induzir o sono e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica, além do predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico e altos níveis de estresse nos demais ciclos. Com isso, conclui-se que o curso de medicina apresenta situações estressoras comuns aos diferentes ciclos do curso, colocando o aluno em um ambiente propício para o aparecimento de fenômenos que podem interferir direta ou indiretamente na sua saúde mental. **Conclusão:** não há diferença nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida resiliência ao longo do curso, ou seja, esses fenômenos não estão associados as características peculiares de cada ciclo.

Descritores: Fenômenos de saúde; Estudantes de Medicina; Estudo Comparativo.

ABSTRACT

Objective: to compare health phenomena (perceived stress levels, depressive symptoms and sleep quality), as well as resilient capacity and quality of life per course cycle among medical students from a private teaching institution. **Method:** cross-sectional, analytical and quantitative research, whose data collection occurred through international validation instruments between November and December 2022 with medical students of a private institution in the Federal District. **Results:** 50% of the students use drugs to induce sleep and 65.7% use alcoholic beverages, in addition to the predominance of students with low stress in the basic cycle and high levels of stress in the other cycles. With this, it is concluded that the medical course presents stressful situations common to the different cycles of the course, placing the student in an environment conducive to the appearance of phenomena that can interfere directly or indirectly in their mental health. **Conclusion:** there is no difference in stress levels, sleep quality, depressive symptoms, quality of life resilience throughout the course, that is, these phenomena are not associated with the peculiar characteristics of each cycle.

Descriptors: Health phenomena; Medical Students; Comparative study.

RESUMEN

Objetivo: comparar los fenómenos de salud (niveles de estrés percibido, síntomas depresivos y calidad del sueño), así como la capacidad resiliente y la calidad de vida por ciclo de estudios entre estudiantes de medicina de una institución docente privada. **Método:** investigación transversal, analítica y cuantitativa, cuya recolección de datos ocurrió a través de instrumentos de validación internacional entre noviembre y diciembre de 2022 con estudiantes de medicina de una institución privada del Distrito Federal. **Resultados:** 50% de los estudiantes usan drogas para inducir el sueño y 65,7% usan bebidas alcohólicas, además del predominio de estudiantes con bajo estrés en el ciclo básico y altos niveles de estrés en los otros ciclos. Con esto, se concluye que el curso de medicina presenta situaciones estresantes comunes a los diferentes ciclos del curso, colocando al estudiante en un ambiente propicio para la aparición de fenómenos que pueden interferir directa o indirectamente en su salud mental. **Conclusión:** no hay diferencia en los niveles de estrés, calidad del sueño, síntomas depresivos, calidad de vida resiliencia a lo largo del curso, es decir, estos fenómenos no están asociados con las características peculiares de cada ciclo.

Descritores: Fenómenos de salud; Estudiantes de Medicina; Estudio comparativo.

ORIGINAL

Introdução

Após o ingresso no curso superior, os estudantes convivem com situações características da profissão e do contexto acadêmico que podem ser avaliadas como estressoras⁽¹⁾. Em nível nacional, evidenciam-se, como potenciais estressores do ambiente acadêmico, as situações relativas ao período de provas, às tarefas extraclases e à transição da fase pré-universitária para o meio acadêmico⁽²⁾. Em âmbito internacional, pesquisadores destacam, como estressores, as atividades escolares vivenciadas nos primeiros 12 meses iniciais de ingresso na faculdade; experiências traumáticas de morte; responsabilidade para com o cuidado do outro; exigências quanto ao desempenho e relações interpessoais; sentimento de despreparo para as funções a serem exercidas nos estágios e aulas práticas; e a adaptação às demandas acadêmicas⁽³⁻⁷⁾. Frente a essas situações, é possível que os discentes percebam as situações do contexto acadêmico como estressoras, sendo possível também a ocorrência de outros desfechos, como sintomas depressivos, baixa qualidade do sono e queda na qualidade de vida.

Nesse sentido, o estresse é conceituado como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social⁽⁸⁾, sua ocorrência entre discentes universitários já têm sido verificada em diferentes estudos^(2,4,9-10). Entre eles, uma pesquisa com 456 estudantes de medicina identificou presença de estresse em 60,09% (n = 274) da amostra e estresse extremo em 20,83% (n = 95)⁽¹¹⁾.

Os Sintomas Depressivos são definidos como um conjunto de emoções e cognições, com consequências às relações interpessoais⁽¹²⁾. Em estudo transversal com uma amostra de 729 estudantes universitários dos EUA, 16,5% apresentaram tais sintomas, 30,6% depressão moderada e 23,2% depressão severa ou moderadamente severa⁽¹³⁾. Em pesquisa com estudantes universitário do Canadá, 34,2% apresentaram-se depressivos⁽¹⁴⁾ e, em investigação conduzida com estudantes do ensino médio na China, 6,4% deles possuíam tais sintomas⁽¹⁵⁾.

A qualidade do sono também pode impactar na saúde dos estudantes da área de saúde. Investigações mostram a ocorrência da baixa qualidade do sono em 60% dos estudantes universitários de Chicago⁽¹⁶⁾ e em 71% dos estudantes da Califórnia⁽¹⁷⁾. Em pesquisa com 35 estudantes universitários do Texas (EUA), foi verificado que as alterações no padrão do sono causam aumento dos sintomas depressivos, sendo essa relação mediada pelo controle cognitivo⁽¹⁸⁾.

Todos os fenômenos expostos podem impactar direta ou indiretamente na qualidade de vida dos estudantes. Esta é definida como a sensação de bem-estar de uma pessoa e deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela⁽¹⁹⁾. A relação entre fenômenos de saúde e qualidade de vida foi identificada em pesquisa com estudantes de medicina, no qual a sonolência diurna esteve associada à queda dos escores físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida⁽²⁰⁾. Ainda, em investigação com 1074 estudantes universitários, aqueles com insônia crônica reportaram menor qualidade de vida⁽²¹⁾. Com base no exposto, verifica-se que, ao ingressar na instituição, o discente fica exposto a situações estressoras, podendo apresentar alterações na saúde, incluindo Estresse, Sintomas Depressivos, qualidade do sono e qualidade de vida.

Por outro lado, mesmo frente a um ambiente potencialmente estressor, alguns indivíduos podem apresentar baixos níveis de estresse e, assim, menor chance de sofrerem desfechos negativos à sua saúde⁽²²⁻²³⁾. Essa habilidade de um indivíduo se recuperar das adversidades e se adaptar positivamente a situações importantes da vida é denominada **resiliência**⁽²⁴⁻²⁵⁾. Tal fenômeno é compreendido como um processo dinâmico em que aspectos emocionais, socioculturais, ambientais e cognitivos interatuem e permitem que o ser humano enfrente, vença e se fortaleça e transforme por experiências de adversidade e estresse^(25,26).

Com base nisso, o objetivo deste estudo foi comparar os fenômenos de saúde (níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade do sono), bem como a capacidade resiliente e a qualidade de vida por ciclo de curso entre acadêmicos de medicina de instituição privada de ensino.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e analítico realizado com discentes do curso de graduação em medicina de uma instituição privada do Distrito Federal. Foram incluídos discentes regularmente matriculados em todas as etapas de formação do curso (1º ao 12º semestres), de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles que participarem da pesquisa como auxiliares de coleta de dados; ou que, no período de coleta dos dados, estiverem em intercâmbio.

Os dados foram coletados de novembro a dezembro de 2022, por meio dos seguintes instrumentos: Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica (Apêndice A); Escala de Estresse Percebido (PSS-14) (Anexo A), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Anexo B), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) (Anexo C), Escala de resiliência de Wagnild & Young (Anexo D) e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) (Anexo E). Os instrumentos foram aplicados em sala de aula, após prévio contato com o docente responsável pela disciplina. Antes da entrega, foi apresentado o objetivo do estudo e entregue o TCLE para assinatura. A devolução dos questionários ocorreu também em sala de aula, com data agendada entre alunos e pesquisadores.

O Formulário para caracterização biossocial e acadêmica incluiu as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, filhos, situação conjugal, realização de atividades de lazer, prática de esportes, suficiência da renda mensal para a manutenção, uso de fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono e para conseguir dormir; hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica e atividade de trabalho.

A Escala de Estresse Percebido (PSS 14) mensura o nível no qual os sujeitos percebem as situações como estressoras. Ela foi originalmente validada em 1988 nos Estados Unidos. No Brasil, sua validação ocorreu junto a população idosa, sendo validada para estudantes universitários em 2015⁽⁶¹⁾ e em estudantes de medicina⁽⁶²⁾. Ela é composta por itens que têm como componentes três pontos fundamentais: a imprevisibilidade, a falta de controle e a sobrecarga de atividades na visão do sujeito pesquisado. Dos 14 itens que compõem o instrumento, sete possuem sentido positivo (itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) e sete negativos (itens 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14). A escala de respostas é do tipo likert de 5

pontos, variando de zero a quatro, sendo que: zero=nunca; um=quase nunca; dois=às vezes; três=quase sempre; quatro=sempre. As perguntas com sentido positivo devem ter sua escala invertida antes da análise. O escore total é obtido pela soma dos escores individuais, podendo variar de zero a cinquenta e seis, sendo que, quanto maior o escore, maior o estresse percebido. Valores acima do percentil 75 (42 pontos) devem ser considerados indicativos de alto nível de estresse⁽⁶¹⁾.

A CES-D foi validada semanticamente para o português por Silveira e Jorge em 1998⁽⁴⁰⁾ e aplicada em estudantes universitários brasileiros por Filho e Teixeira em 2011⁽⁴¹⁾. O objetivo desse instrumento é avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à aplicação do instrumento. Ele contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. Esses são distribuídos em quatro subescalas, a ser: Depressão (Itens 3,6,9,10,14,17 e 18), Interpessoal (Itens 15 e 19), Afeto Positivo (Itens 4,8,12,16) e Somática/Iniciativa (Itens 1,2,5,7,11,13 e 20). Tais itens são dispostos em escala tipo Likert de quatro pontos, sendo 0=Raramente (menos que 1 dia), 1= Durante pouco tempo (1-2 dias), 2= Durante um tempo moderado (3-4 dias), 3= Durante a maior parte do tempo (5-7 dias)⁽⁴¹⁾. O escore final varia de zero a 60 pontos. Na versão norte-americana, o ponto de corte para identificar depressão, considerando todos os itens da escala, é ≥ 16 pontos (42). No entanto, para estudantes universitários brasileiros, o ponto de corte de melhor desempenho é ≥ 15 ⁽⁴⁰⁾.

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) foi validado no Brasil por Bertolazi⁽⁸⁾ e aplicado em estudantes universitários brasileiros⁽⁹⁾. Neste instrumento há dez questões, sendo: questão um a quatro - abertas; e cinco a dez - semiabertas. Tais questões são distribuídas em sete componentes, da seguinte forma: Qualidade subjetiva do sono (Questão 6); Latência do sono (Questões 2 e 5a); Duração do sono (Questão 4); Eficiência habitual de sono (Questões 1, 3 e 4); Distúrbios do sono (Questões 5b até a 5j); Uso de medicações para dormir (Questão 7); sonolência diurna e distúrbios durante o dia (Questões 8 e 9). A questão dez é de uso optativo e não será aplicada nesta pesquisa, uma vez que exige a presença de um companheiro de quarto para sua análise⁽⁸⁾. A pontuação global é gerada pela soma da pontuação de cada componente, o qual possui um peso que varia de 0 a 3. Assim, o valor máximo possível é de 21 pontos, sendo que, quanto mais essa pontuação, pior a qualidade do sono. Os escores superiores a cinco pontos indicam má qualidade no padrão de sono. Para a conversão das respostas obtidas em cada questão para uma escala tipo likert, serão seguidas as instruções descritas junto ao instrumento em pesquisa com profissionais de saúde⁽¹⁰⁾.

A escala de resiliência, desenvolvida por Wagnild & Young junto a mulheres adultas (31), foi adaptada e traduzida para a realidade brasileira junto a estudantes de escolas públicas em 2005⁽³²⁾. Esse instrumento mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Ele possui 25 itens em escala tipo likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), distribuídos em 3 fatores, a ser: Resoluções de Ações e Valores (Itens 1,2,6,8,10,12,14,16,18,19,21,23,24 e 25), Independência e determinação (Itens 5,7,9,11,13 e 22) e Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (Itens 3,4,15,17 e 20)⁽³²⁻³³⁾. Esses fatores correspondem aos atributos que dão suporte ao enfrentamento dos problemas da vida, incluindo

competência nas relações sociais, a capacidade de resolução de problemas, a conquista de autonomia e o sentido ou propósito para a vida e o futuro ⁽³²⁻³³⁾. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais elevada é a resiliência do sujeito. Um resultado abaixo dos 121 é considerado pelos autores do instrumento como “reduzida resiliência”; entre 121 e 145, como “resiliência moderada”; e acima dos 145, “resiliência elevada” ⁽³¹⁾.

O WHOQOL- BREF, elaborado pela OMS, foi validado para o português em 1998 ¹¹, sendo um instrumento genérico de mensuração da qualidade de vida (QV). Trata-se de um instrumento composto por 26 itens, dentre os quais: duas questões abertas sobre qualidade de vida e 24 itens em escala Likert de cinco pontos (1 - 5). Os 24 itens são distribuídos em quatro domínios que denotam uma percepção individual de qualidade de vida para cada faceta particular da QV, a ser: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente ⁽¹¹⁾. Os outros dois itens são avaliados separadamente, de maneira que o Item 1 denota a percepção do indivíduo em relação a sua QV; e o Item 2 avalia a percepção do mesmo em relação à satisfação com a sua saúde ⁽¹¹⁾. Para análise de WHOQOL-Bref, inicialmente, os itens 3, 4 e 26 devem ter sua escala invertida da seguinte forma: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1. Após esse processo, deve-se calcular a média por domínio, obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada item do domínio e dividida pelo número de itens que compõem o referido domínio ⁽¹¹⁾. Para que os escores do WHOQOL-BREF possam ser comparáveis aos do WHOQOL-100, a média de cada domínio deve ser multiplicada por 4. Para a análise da Qualidade de Vida Geral, deve-se realizar a média de todos os itens por indivíduo. Quanto maiores os escores obtidos nos domínios e na avaliação geral, maior será a qualidade de vida apresentada pelo sujeito.¹¹

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 20.0). As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. O alfa de Cronbach foi aplicado para análise da confiabilidade dos instrumentos aplicados. Todas as variáveis quantitativas foram avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar sua adequação à distribuição normal. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para comparar os escores dos fenômenos de saúde, resiliência e qualidade de vida segundo o ano em curso. Em caso de distribuição normal dos dados, será utilizado o teste ANOVA (Teste F) para esta finalidade, adotando-se significância estatística de 5%.

Em atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniCEUB (Centro Universitário de Brasília). A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação deste comitê e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi entregue aos sujeitos de pesquisa para assinatura, em duas vias, após a exposição dos objetivos do estudo.

Resultados

Do total de alunos previstos para o estudo como população inicial, foram obtidos 16 do primeiro ano, 10 do segundo ano, 32 do quarto ano, 23 do quinto do ano e 4 do sexto ano, totalizando 85 discentes como população de acesso. Para melhor comparação dos dados, os discentes foram distribuídos em 3 grupos, sendo: Ciclo básico (alunos do 1º e 2º anos), Ciclo intermediário (alunos do 3º e 4º anos) e Ciclo profissional (Alunos do 5º e 6º anos). Na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos e acadêmicos (variáveis categóricas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e acadêmicos (variáveis categóricas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	35	40,69
	Masculino	51	59,3
Situação Conjugal	Casado	5	4,9
	Divorciado	0	0
	Separado	0	0
	Solteiro com companheiro	12	11,8
	Solteiro sem companheira	67	65,7
	Viúvo	0	0
	Outros	1	1
Filhos	Sim	5	4,9
	Não	80	78,4
	Omissos	17	16,7
Reside com	Família	73	71,6
	Amigo/colega	0	0
	Sozinho	8	7,8
	Outro	3	2,9
Reside em	República	0	0
	Casa Universitária	0	0
	Casa própria	57	55,9
	Casa alugada	28	27,5
	Outro	0	0
Pratica algum esporte	Sim	59	57,8
	Não	25	24,5
Lazer	Sim	70	68,6
	Não	13	12,7
Fonte de Renda	Bolsa Acadêmica	1	1
	Bolsa de Assistência	0	0
	Estágio Remunerado	0	0
	Recurso da Família	76	64,7
	Trabalho Fixo	5	4,9

	Trabalho ocasional	2	2
	Outro	2	2
Renda Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	3	2.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	4	3.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	4	3.9
	Entre 5 e 10 salários mínimos	6	5.9
	Entre 10 e 30 salários mínimos	23	22.5
	Mais de 30 salários mínimos	41	40.2
Despesa Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	6	5.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	5	4.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	11	10.8
	Entre 5 e 10 salários mínimos	9	8.8
	Entre 10 e 30 salários mínimos	42	41.2
	Mais de 30 salários mínimos	6	5.9
Renda Mensal Suficiente Para Sua Manutenção	Sim	67	65.7
	Não	17	16.7
Fármacos Para Inibir o Sono	Sim	51	50
	Não	26	25.5
	Parei	7	6.9
Fármacos para conseguir dormir	Sim	18	17.6
	Não	61	69.8
	Parei	5	4.9
Fumar	Sim	10	9.8
	Nao/Parei	12	11.8
	Nunca	63	61.9
Bebida Alcoólica	Bebo	67	65.7
	Parei	3	2.9
	Nunca bebi	15	14.7
Frequência de ingestão de bebida alcoólica	Diariamente	0	0
	Semanalmente	24	23.5
	Mensalmente	40	39.2
	Anualmente	4	3.9

Verifica-se, acima, o predomínio de estudantes do sexo masculino (59,3%), solteiros (77,5%), sem filhos (78,4%), que residem com a família (71,6%), que têm os recursos da família como fonte de renda (64,7%), com renda mensal superior a 10 salários mínimos (40,2%) e despesa mensal que varia de 10 a 30 salários mínimos (41,2%), sendo que a maioria considera a sua renda mensal suficiente para sua manutenção (65,7%). Ademais, 50% dos estudantes utilizam fármacos para induzir o sono, 61,9% nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica. Na Tabela 2, apresentam-se os dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 2 – Dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Idade	18	42	25,5	24	5,48
Tempo para chegar à instituição de Ensino (minutos)	5	60	22,19	20	12,34
Tempo de Estágio	20	90	47,63	45	17,25
Horas de Estudo por Dia	1	10	3,5	3	2,28

Observa-se, na tabela acima, que os discentes apresentam idade média de 25,5 anos (Dp: 5,48 anos). Eles levam em média 22,19 minutos (Dp:12,34) para chegar à Instituição de Ensino Superior e, em média, 47,63 minutos (Dp: 17,25) para chegar nos locais de estágio, além de estudarem, em média, 3,5 horas (Dp: 2,28) por dia. Na tabela 3, apresenta-se a distribuição percentual e absoluta dos fenômenos de saúde ao longo dos ciclos do curso em discentes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 3- Distribuição percentual e absoluta dos fenômenos de saúde ao longo dos ciclos do curso em discentes de medicina de uma instituição privada. Brasília, 2023.

		Básico (1º e 2º anos) n=26		Intermediário (3º e 4º anos) n=32		Profissional (5º e 6º anos) n=26		Total	
Fenômeno de Saúde		n	%	n	%	n	%	n	%
Estresse	Baixo	14	16,7%	14	16,7%	11	13,1%	39	46,5%
	Alto	12	14,3%	18	21,4%	15	17,9%	45	53,5%
Qualidade de Sono	Baixo	21	25,0%	26	31,0%	23	27,4%	70	83,4%
	Alto	5	6,0%	6	7,1%	3	3,6%	14	16,7%
Sintomas Depressivos	Ausentes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Presentes	26	33,3%	29	37,2%	23	29,5%	78	100,0%
Resiliência	Reduzida	8	9,5%	10	11,9%	8	9,5%	26	30,9%
	moderada	15	17,9%	17	20,2%	10	11,9%	42	50,0%
	Alta	3	3,6%	5	6,0%	8	9,5%	16	19,1%
Qualidade de Vida	Baixa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Moderada	7	8,3%	9	10,7%	8	9,5%	24	28,5%
	Alta	19	22,6%	23	27,4%	18	21,4%	60	71,4%

Verifica-se acima o predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico(n=26) e altos níveis de estresse nos demais ciclos (38,1% no Intermediário e 31,0% no ciclo profissional). Na análise geral, independente do ciclo, 53,5% dos estudantes de medicina apresentaram alto estresse. Em todos os 3 ciclos avaliados, observa-se predomínio de baixa qualidade do sono, moderada resiliência, presença de sintomas depressivos e moderada qualidade de vida entre os discentes de medicina. Na tabela 4, apresenta-se a comparação dos Fenômenos de Saúde segundo o ciclo do curso entre discentes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 4- Comparação dos Fenômenos de Saúde segundo o ciclo do curso entre discentes de medicina de uma instituição privada. Brasília, 2023.

Fenômenos de Saúde***	Básico (1º e 2º anos) n=26		Intermediário (3º e 4º anos) n=32		Profissional (5º e 6º anos) n=26		Valor de p**
	Média	DP*	Média	DP*	Média	DP*	
Estresse	2,4	0,3	2,5	0,4	2,4	0,3	0,703
Sintomas							
Depressivos	41,6	8,9	42,1	7,2	39,8	7,9	0,539
Qualidade de Sono	9,3	3,9	8,1	2,6	9,5	3,0	0,177
Qualidade de Vida	3,9	0,5	3,9	0,5	3,8	0,6	0,898
Resiliência	125,5	17,6	127,0	16,9	128,6	30,0	0,881

*Desvio-Padrão

** Diferença estatisticamente significativa(p<0,05)

***ANOVA(Teste T)

Observa-se acima que não há diferença significativa nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida e resiliência experimentados pelos discentes de medicina entre os distintos ciclos do curso.

Discussão

Após análise dos dados coletados, verificou-se que a população de estudantes de medicina estuda (n=85) é composta principalmente por adultos jovens, com média de idade de 25,5 anos(Dp=5,48 anos), sendo a sua maior parte composta por alunos do sexo masculino (59,3%). A grande maioria destes discentes não possuem filhos (78,4%) e residem com a família (71,6%) em casa própria (55,9%). Do total, 57,8% praticam algum tipo de esporte e 68,6% realizam alguma atividade de lazer. Também foi observado que, em 64,7% dos estudantes, a principal fonte provém de recursos da família, com uma renda mensal de mais de 30 salários mínimos (40,2%), sendo que a renda é considerada suficiente para atender as demandas mensais em 65,7% desta população. Ademais, foi evidenciado que 50% da população estudada utiliza algum fármaco para inibir o sono e que 17,6% utilizam algum fármaco para conseguir dormir. Além disso, 61,9% dos estudantes nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica, sendo que 39,2% a consomem mensalmente.

Na análise geral, 53,5% dos estudantes de medicina apresentaram um alto nível de estresse. Na análise por ciclo, houve predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico(n=26) e altos níveis de estresse nos demais ciclos (38,1% no Intermediário e 31,0% no ciclo profissional). No entanto, apesar do percentual de alto estresse ser maior nos ciclos intermediário e profissional, não houve diferença significativa entre os ciclos do curso quanto ao estresse(p>0,05). Tais achados são similares a outros estudos que avaliaram o estresse em estudantes universitários. A exemplo disso, uma pesquisa com 1.617 estudantes de medicina de uma universidade pública da Turquia identificou que 27% dos estudantes apresentaram níveis altos de estresse, porém não houve comparação por ciclo/fase de curso.³ Outro estudo, realizado pela Universidade Federal do Paraná com 525 alunos de medicina, evidenciou que 60,09% dos estudantes apresentavam algum nível de estresse, sendo que destes, cerca de 20,83%

encontravam-se em um nível de exaustão. Neste estudo, também foi observado uma redução considerável dos alunos "sem estresse" de 59,8% para 23,43% quando comparados alunos do primeiro e do segundo semestre.¹¹

Ao estudarmos o estresse entre estudantes, precisamos ter em mente o conceito psicanalítico cognitivo-comportamental descrito por Lipp, na qual o estresse se distingue entre o estresse saudável (eustresse), responsável por mobilizar o estudante a tomar atitudes frente a situações como trabalhos, pesquisas, provas e outras atividades avaliativas a fim de alcançar um objetivo ou evitar uma punição, resguardando-o. Já o estresse patológico (distresse) é aquele relacionado aos grandes níveis de estresse, devendo ser entendido como uma resposta não adaptativa ou inadequada que traz alto grau de sofrimento na vida do estudante, capaz de propiciar o desenvolvimento de enfermidades físicas e mentais.⁽²⁷⁾ Portanto, já era esperado um certo nível de estresse entre estes estudantes, tornando-se fulcral uma análise não só em relação à presença do estresse em si, mas também em relação ao seu grau de acometimento na vida do aluno. Entre os fatores causadores de altos níveis de estresse em estudantes universitário destacam-se: a própria fase de transição para a vida acadêmica com grandes mudanças na metodologia de aprendizado, na rotina e no estilo de vida; a grande quantidade de conteúdo que deve ser absorvido; a falta de tempo e dificuldade para conciliar os estudos com a vida familiar, conjugal e atividades de lazer; o alto grau de competitividade entre os próprios estudantes; o grande número de avaliações ao longo do ano letivo; questões financeiras e a falta de redes de apoio.¹¹

O mesmo fenômeno ocorre para os sintomas depressivos, os quais foram encontrados em 100% da população estudada, sem diferença entre os ciclos do curso. Resultado que se mostrou bem acima da média de outros estudos internacionais. Uma metanálise realizada por um estudo americano selecionou 10 estudos envolvendo um total de 162.450 estudantes de medicina de várias partes do mundo, evidenciando que a prevalência geral destes sintomas gira em torno de 27% para esta população, sendo que esta porcentagem encontra-se diretamente proporcional ao grau de desenvolvimento do local estudado. A menor prevalência destes sintomas foi encontrada na região do Pacífico Ocidental (18,9%) e a maior foi evidenciada na África (40,9%). Segundo este estudo, os principais fatores associados aos sintomas depressivos são: os anos de estudo (aumentando à medida que se avança no curso); sexo feminino; problemas pessoais; perda do contato familiar e problemas de saúde.²⁸ O indivíduo que está passando pelo início da fase adulta apresenta maiores chances de desenvolver a depressão. Tal afirmação pode ser explicada pelo fato dos jovens passarem por grandes mudanças nesta fase, incluindo muitas perdas significativas como o distanciamento familiar e o convívio social mais restrito. A adaptação para esta nova rotina muitas vezes não acaba acontecendo de forma tranquila ou imediata, o que pode desencadear sintomatologia depressiva.²⁹

Outrossim, também foi verificado um alto predomínio na baixa qualidade de sono dos estudantes, com porcentagem de 83,4%. Um estudo chinês realizado com 3186 estudantes⁽¹⁵⁾ evidenciou que 1.262 estudantes (39,6%) apresentaram uma má qualidade de sono e que ela estava associada a um menor rendimento escolar e a maiores chances de desenvolver e manter um quadro depressivo maior. Outros estudos realizados em outras partes do mundo como nos Estados Unidos¹⁶⁻¹⁸ e no Brasil⁽³⁰⁾ confirmaram que este mesmo fenômeno ocorre de

maneira universal, não sendo característico de determinado lugar ou cultura. De acordo com tais estudos a justificativa para a baixa qualidade de sono observada nesta população reside no fato de que o excesso de atividades acadêmicas, o nível alto de dedicação e de carga horária que o curso de medicina impõem associado a hábitos de vida como: consumo excessivo de café e bebidas energéticas em períodos noturnos; exposição excessiva a telas; falta de atividade física; consumo de tabaco e álcool; irregularidade da rotina com plantões que variam muito de horário ao longo da semana levam a uma perturbação do ciclo circadiano, impedindo que se tenha horas adequadas de sono reparador, levando a um quadro caracterizado por sonolência excessiva durante o dia e insônia no período noturno.^{15-18,30}

Em relação à qualidade de vida, 71,4% dos estudantes de medicina apresentaram um nível alto. Um estudo realizado na Tailândia com 1014 estudantes da universidade de Chiang Mai, utilizando o questionário *RAND 36-item short form survey score* evidenciou um escore de 90.3 entre os estudantes do sexo masculino e 90.7 entre os estudantes femininos numa escala que varia até 100, enquadrando esta população como de alto grau de qualidade de vida.³¹ Esses achados podem ser explicados pelo alto nível socioeconômico desta população. Em países desenvolvidos, os níveis de qualidade de vida - mesmo entre a população de estudantes de medicina - também se mostrou maior se comparada à de países subdesenvolvidos ou em fase de desenvolvimento.³² Também não foram visualizadas diferenças significativas da qualidade de vida ao longo da graduação, apesar da carga horária do Ciclo Profissionalizante ser consideravelmente maior do que a dos ciclos anteriores, o que diverge de outros estudos sócio-demográficos.³² Um dos fatores que mais influenciam positivamente na qualidade de vida do estudante é o suporte social, caracterizado pelo bom relacionamento com colegas e professores e que inevitavelmente acaba diminuindo ao longo do curso de medicina - visto que o cenário hospitalar passa a ser cada vez mais preponderante e o contato com os docentes é muito mais limitado. Sendo assim, aquelas instituições de ensino que possuem um bom nível de diálogo com os alunos, seja por meio de um bom sistema de serviço de apoio, através da criação de programas de *Mindfulness*, ou até mesmo por meio de mudanças estruturais do currículo, possuem um nível maior de qualidade de vida entre seus estudantes.³²

Em relação a resiliência, a maior parte dos acadêmicos (50%) apresentou uma resiliência moderada, sendo que este dado está de acordo com outros estudos já realizados. Uma pesquisa realizada em São Paulo com 275 estudantes de medicina apontou que 59% dos estudantes também apresentaram um índice de resiliência moderado.³³ Outro estudo realizado em Fortaleza-CE também mostrou que 50% dos estudantes possuíam um nível de resiliência mediano.³⁴ Dentre os fatores que mais influenciaram na capacidade de resiliência desta população estavam: o estresse ligado as provas, as vivências de cuidar de pacientes em estado terminal, o relacionamento interpessoal conturbado com os seus superiores e ao presenciar iatrogenias por parte de alguns médicos frente ao paciente.³³⁻³⁵ Segundo um estudo taiwanês, o motivo para que isto ocorra reside no fato de que a resiliência deve ser entendida como uma resposta flexível e adaptativa em resposta a situações desafiadoras. Deste modo, a experiência de passar por situações que impõem ao indivíduo uma resposta adaptativa, como as descritas acima, faz com que o inventário de habilidades dos alunos aumente

e a sua resiliência se fortaleça, fazendo com que eles estejam mais aptos para enfrentar as dificuldades que serão vivenciadas na futura profissão. Além disso, o estudo mostrou que a resiliência não está ligada diretamente ao desempenho acadêmico do estudante, mas sim ao seu bem estar e qualidade de vida.³⁵

Considerações finais

O curso de medicina apresenta situações estressoras comuns aos diferentes ciclos do curso, colocando o aluno em um ambiente propício para o aparecimento de fenômenos que podem interferir direta ou indiretamente na sua saúde mental. Verificou-se, assim, que não há diferença nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida resiliência ao longo do curso, ou seja, esses fenômenos não estão associados as características peculiares de cada ciclo. Deste modo, torna-se extremamente importante que sejam feitos trabalhos na área acadêmica que abordem tais fenômenos de forma abrangente, com o objetivo de dar ao estudante a possibilidade de criar mecanismos próprios de adaptação e resiliência que o auxiliem a enfrentar tais situações, as quais estarão presentes ao longo de toda a sua graduação e carreira. Isso pode melhorar assim o aprendizado e contribuir para a formação de profissionais mais capacitados e aptos para atender a população.

Agradecimentos

À bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC recebida por Gabriel Faria Pol.

Referências

1. Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. *REME rev. min. enferm.* 2007; 11(4): 414-9.
2. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(N.esp.):1017-26.
3. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Aug; 43(8):667-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
4. Killam LA1, Mossey S, Montgomery P, Timmermans KE. First year nursing students' viewpoints about compromised clinical safety. *Nurse Educ Today.* 2013 May;33(5):475-80.
5. Montgomery P, Mossey S, Killam L. Views of second year nursing students on impediments to safety in the clinical setting: Q-methodology. *J Nurs Educ Pract.* 2013; 3(8):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v3n8p1>
6. Häfner A, Stock A. Time management training and perceived control of time at work. *J Psychol.* 2010 Sep-Oct;144(5):429-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2010.496647>.

7. Häfner A, Stock A, Pinneker L, Ströhle S. Stress prevention through a time management training intervention: an experimental study. *Educ Psychol*. 2014; 34(13): 403-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01443410.2013.785065>
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
9. Basso Musso L, Vargas BA, Torres MB, Canto MJM, Meléndez CG, Balloqui MFK. Fatores derivados dos laboratórios intra-hospitalares que provocam estresse nos estudantes de enfermagem. *Rev latinoam enferm*. 2008; 16(5):805-11.
10. Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Costa ALS, Guido LA. Avaliação de estresse em estudantes de enfermagem - proposta de padronização da análise. In: Rossi AM, Meurs JA, Perrewé PL, (organizadores). *Stress e qualidade de vida no trabalho: melhorando a saúde e bem-estar dos funcionários* Porto Alegre: Atlas; 2013. p.55-67.
11. Lima RL, Soares MEC, Prado SN, Albuquerque GSC. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016; 40 (4): 678-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01532015>
12. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 1998; 25(5):245-50.
13. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):482-8.
14. Craggs S. One-third of McMaster students battle depression: survey. *Califórnia: CBC News*; 2012[cited 2014 Jan. 12]. Disponível em: <http://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/news/one-third-of-mcmaster-students-battle-depression-survey-1.1200815>
15. Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 2014;4(7):1-9.
16. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb; 46(2):124-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>.
17. Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. Striking changes in the sleep satisfaction of university students over the last two decades. *Percept Mot Skills*. 2001 Dec;93(3):660.
18. Vanderlind WM, Beevers CG, Sherman SM, Trujillo LT, McGeary JE, Matthews MD, et al. Sleep and sadness: exploring the relation among sleep, cognitive control, and depressive symptoms in young adults. *Sleep Med*. 2014 Jan;15(1):144-9.
19. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15:29-38.
20. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica[Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/pt-br.php>

21. Taylor DJ1, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behav Ther.* 2013 Sep;44(3):339-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.12.001>.

22. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, Eacker A, Harper W, Thomas MR, Szydlo DW, Sloan JA, Shanafelt TD. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ.* 2010 Oct;44(10):1016-26.

23. Peng L1, Zhang J, Li M, Li P, Zhang Y, Zuo X, Miao Y, Xu Y. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Res.* 2012 Mar 30;196(1):138-41.

24. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas.* 1993; 1:165-78.

25. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2):436-48.

26. Godoy KAB, Joly MCRA, Piovezan NM, Dias AS, Silva DV. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Mudanças.* 2010; 18 (1-2) 79-90.

27. Lipp MEN. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003

28. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ.* 2019 Apr;53(4):345-354. doi: 10.1111/medu.13770. Epub 2018 Nov 25.

29. Bresolin JZ, Dalmolin GL, Vasconcellos SJL, Barlem ELD, Andolhe R, Magnago TSBS. Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3210.3239>.

30. Corrêa C de C, Oliveira FK de, Pizzamiglio DS, Ortolan EVP, Weber SAT. Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course. *J bras pneumol [Internet].* 2017Jul;43(4):285-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000178>

31. Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Sachdev, A. et al. Predictors of quality of life of medical students and a comparison with quality of life of adult health care workers in Thailand. *SpringerPlus* 5, 584 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2267-5>

32 Dias JCR, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. *Psychology, Community & Health* 2015, Vol. 4(1), 1-13 doi: <https://doi.org/10.5964/pch.v4i1.90>

33. Paro HBM da S, Perotta B, Enns SC, Gannam S, Giaxa RRB, Arantes-Costa FM, Mayer FB, Martins M de A, Tempski PZ. Qualidade de vida do estudante de medicina: o ambiente educacional importa?. *Rev. Med. (São Paulo) [Internet].* 29 de abril de 2019

[citado 9 de agosto de 2023];98(2):140-7. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/156044>

34. Kubrusly M, Rocha HAL, Maia ACC, Sá AK de M, Sales MM, Mazza SR. Resilience in the Training of Medical Students in a University With a Hybrid Teaching-Learning System. *Rev bras educ med* [Internet]. 2019;43(1):357-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190161.ING>

35. Lin, Y.K., Lin, CD., Lin, B.YJ. *et al.* Medical students' resilience: a protective role on stress and quality of life in clerkship. *BMC Med Educ* 19, 473 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1912-4>

Autor de correspondência

Gabriel Faria Pol
EPN 707/907 - Asa Norte. CEP: 70790-075. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
gabriel.pol@sempreceub.com

Notificações emitidas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

Notifications issued by the Paraná Regional Nursing Council

Notificaciones emitidas por el Consejo Regional de Enfermería de Paraná

Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva¹, Marilene Loewen Wall², Gisele Basso Zanlorenzi³, Tatiane Herreira Trigueiro⁴, Elizabeth Sousa da Cunha⁵,
Aline Lara de Carvalho⁶, Tatiane Taiz da Paixão⁷

Como citar: Silva MVRs, Wall ML, Zanlorenzi GB, Trigueiro TH, Cunha ES, Carvalho AL, et al. Notificações emitidas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. 2023; 12(4): 858-70. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p858a870>

REVISA

1. Universidade Federal do Paraná. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5905-6434>

2. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1839-3896>

3. Universidade Federal do Paraná. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6111-9326>

4. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3681-4244>

5. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5942-1454>

6. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5935-635X>

7. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4290-8055>

Recebido: 18/07/2023
Aprovado: 15/09/2023

RESUMO

Objetivo: Levantar e caracterizar as notificações de irregularidades e ilegalidades emitidas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR) entre os anos de 2018 a 2022. **Método:** Pesquisa documental, com abordagem quantitativa, tendo o COREN-PR como cenário de pesquisa. Foram coletados dados de fonte primária e de domínio público do COREN-PR referentes aos relatórios de fiscalização em que constam os quantitativos de notificações por irregularidades e ilegalidades emitidas entre os anos de 2018 a 2022. Os dados foram analisados mediante análise estatística simples. **Resultados:** Verificou-se prevalência das notificações de inexistência ou inadequação de documentos relacionados ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem, inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem, profissionais de Enfermagem que não registram o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas, inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de enfermagem, inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem e exercício irregular da enfermagem. **Conclusão:** Conhecer o perfil das notificações emitidas pelo Conselho de Classe representa um norteador para os profissionais de enfermagem direcionarem a sua atuação, em consonância com a legislação de enfermagem vigente, com vistas a um cuidado de enfermagem seguro, ético e qualificado. **Descritores:** Levantamento; Notificação; Fiscalização; Exercício profissional; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To survey and characterize the notifications of irregularities and illegalities issued by the Paraná Regional Nursing Council (COREN-PR) between the years 2018 to 2022. **Method:** Documentary research, with a quantitative approach, with COREN-PR as the research scenario. Data were collected from a primary source and from the public domain of COREN-PR regarding inspection reports containing the number of notifications for irregularities and illegalities issued between the years 2018 to 2022. The data were analyzed using simple statistical analysis. **Results:** There was a prevalence of notifications of non-existence or inadequacy of documents related to the management of work processes in the Nursing service, lack of notes on the technical responsibility of the nursing service, Nursing professionals who do not register the Nursing process contemplating the five recommended steps, non-existence or inadequacy of records related to nursing care, non-existence or absence of a nurse where nursing activities are carried out and irregular nursing practice. **Conclusion:** Knowing the profile of notifications issued by the Class Council represents a guide for nursing professionals to direct their actions, in line with current nursing legislation, with a view to safe, ethical and qualified nursing care. **Descriptors:** Survey; Notification; Oversight; Professional exercise; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Relevar y caracterizar las notificaciones de irregularidades e ilegalidades emitidas por el Consejo Regional de Enfermería de Paraná (COREN-PR) entre los años 2018 a 2022. **Método:** Investigación documental, con enfoque cuantitativo, teniendo como escenario de investigación el COREN-PR. Los datos fueron recopilados de fuente primaria y del dominio público de COREN-PR sobre informes de inspección que contienen el número de notificaciones de irregularidades e ilegalidades emitidas entre los años 2018 a 2022. Los datos fueron analizados mediante análisis estadístico simple. **Resultados:** Hubo predominio de notificaciones de inexistencia o insuficiencia de documentos relacionados con la gestión de procesos de trabajo en el servicio de Enfermería, falta de notas de responsabilidad técnica para el servicio de enfermería, Profesionales de enfermería que no registran el proceso de Enfermería contemplando los cinco pasos analizados mediante análisis estadístico simple. **Conclusión:** Conocer el perfil de las notificaciones emitidas por el Consejo de Clase representa una guía para que los profesionales de enfermería orienten sus acciones, de acuerdo con la legislación de enfermería vigente, con miras a una atención de enfermería segura, ética y calificada. **Descritores:** Encuesta; Notificación; Vigilancia; Ejercicio profesional; Enfermería.

Introdução

A Lei nº 7.498/1986, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Conforme o artigo 1º da referida Lei “é livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei”.¹

Ademais, o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986, explicita em seu artigo 1º que:

O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.²

A Lei nº 5.905/1973 institui o Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), o qual é constituído pelo conjunto das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício da profissão Enfermagem, que tem por finalidade a normatividade, disciplina e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, e da observância de seus princípios éticos profissionais.³⁻⁴

A Resolução Cofen nº 617/2019 atualiza o manual de fiscalização do Sistema COFEN/CORENs, o quadro de irregularidades e ilegalidades e dá outras providências, sendo a normativa que estabelece as providências a serem adotadas nas ações fiscalizatórias. O manual de fiscalização supracitado evidencia a diferença entre os conceitos de ilegalidade e irregularidade:

Ilegalidade: caráter daquilo que é contrário às disposições da lei.

Irregularidade: Refere-se às situações que caracterizam o desrespeito aos atos administrativos normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, durante o exercício da profissão e, portanto, sugerem a adoção de providências éticas e/ou administrativas pelo próprio Conselho de Enfermagem (COFEN, 2019, p.38).

Salienta-se que o ato fiscalizatório obedece a um planejamento metódico de inspeção nas instituições, assim como pode ser motivado pelo recebimento de denúncias. Sobre a inspeção, trata-se do ato fiscalizatório que transcorre nas dependências das instituições de saúde, com enfoque na atuação dos profissionais de enfermagem.⁴

Convém destacar que durante as inspeções a equipe de fiscalização reporta-se ao Enfermeiro Responsável Técnico (ERT) do serviço, o qual atua como ponto de conexão entre o Serviço de Enfermagem da instituição onde trabalha e o COREN da respectiva jurisdição.⁵

As inconformidades constatadas na fiscalização classificam-se como ilegalidades e irregularidades do exercício profissional da Enfermagem, de acordo com o Manual de Fiscalização, atualizado pela Resolução COFEN nº 617/2019.⁴

Constituem ilegalidades relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem: Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem; Exercício ilegal de Enfermagem; Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem; Inexistência de

registro de empresa; Profissional de Enfermagem exercendo atividade com impedimento em decorrência de processo ético transitado em julgado; Coordenação/Direção de curso de Enfermagem por pessoa não Enfermeiro; Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei.⁴

Ademais, constituem irregularidades relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem: Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem; Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem; Inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem; Exercício irregular da Enfermagem; Profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/ normativos baixados pelo Sistema Cofen/ Conselhos Regionais; Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem; Profissional (is) de Enfermagem que não registra(m) o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas.⁴

Convém mencionar que a notificação constitui o procedimento administrativo processual mediante o qual é dada ciência ao profissional, pessoa física, ou à(s) empresa(s), pessoa jurídica, de despacho ou decisão que ordena fazer ou deixar de fazer algo, apontando a infração e seu respectivo embasamento legal ou ético, instituindo prazo de cumprimento para as providências necessárias.⁴

Durante os atos fiscalizatórios, os agentes de fiscalização utilizam o termo de fiscalização, instrumento usado em todas as fiscalizações, no qual são registradas as ações, constatações e notificações pertinentes. Em se tratando do registro de notificação, contempla as infrações verificadas durante a fiscalização, notificando os prazos para regularização das inconformidades pelo profissional e ou serviço de Enfermagem da instituição.⁴

Quanto ao item de inconformidade “profissional (is) de Enfermagem que não registra(m) o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas”, que se trata de uma irregularidade, até dezembro de 2019 era item de notificação, conforme Resolução Cofen nº 374/2011, sendo que após a entrada em vigor da Resolução Cofen nº 617/2019, que revogou a Resolução Cofen nº 374/2011, tornou-se o único item, quando constatado, passível de recomendação. Todos os demais itens de inconformidades (ilegalidades ou irregularidades) são notificáveis.^{4,6}

Diante do exposto, considerando a necessidade de promover maior discussão sobre a atividade fiscalizatória desempenhada pelo Sistema COFEN/CORENs, que busca averiguar se o exercício profissional da Enfermagem está em consonância com os princípios éticos e legais que o norteiam e que visa contribuir positivamente para a melhoria da assistência de Enfermagem prestada à sociedade, menciona-se que o presente estudo objetivou levantar e caracterizar as notificações de irregularidades e ilegalidades emitidas pelo COREN-PR entre os anos de 2018 a 2022.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, tendo o COREN-PR como cenário de pesquisa. Foram utilizados dados de fonte primária e de domínio público contidos no portal da transparência da

supracitada autarquia, no caso os relatórios de fiscalização, disponíveis na íntegra no referido portal.

Sobre o Portal da Transparência do COREN-PR, trata-se de uma ferramenta que atende à Lei nº 12.527/2011, denominada Lei de Acesso à Informação, que possibilita ao cidadão o acesso transparente e integral a informações diversas sobre a autarquia federal supradita.⁷

No Portal da Transparência do COREN-PR, existe o item “relatórios”, dentro do qual constam os seguintes subitens: documentos desclassificados, documentos classificados, fiscalização, demonstrações contábeis, controle externo, demonstrativo de despesas e receitas, empenhos e pagamentos e controle interno. Frisa-se que no subitem “fiscalização” encontram-se os relatórios de fiscalização, nos formatos anual, trimestral ou mensal (a depender do ano), nos quais constam os quantitativos de notificações por irregularidades e ilegalidades relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, destaca-se que foram incluídos para análise todos os relatórios de fiscalização disponibilizados no Portal da Transparência do COREN-PR, referentes ao período de janeiro do ano de 2018 a dezembro do ano de 2022. Foram excluídos os relatórios de fiscalização anteriores a janeiro do ano de 2018, pelo fato de não estarem disponíveis no referido Portal da Transparência, não sendo, portanto, informações de domínio público.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2022 a janeiro de 2023. Ressalta-se que o intervalo de tempo citado nos critérios de inclusão foi definido pelo fato da disponibilidade dos relatórios no referido portal datarem de janeiro de 2018, sendo que até o mês de janeiro de 2023 o último relatório de fiscalização disponibilizado referia-se ao mês de dezembro de 2022, portanto, um período de cinco anos.

Salienta-se que nos relatórios de fiscalização constam tópicos referentes: à identificação do Conselho Regional, aos recursos humanos do Departamento de Fiscalização (DEFIS), à infraestrutura do DEFIS, à disponibilização orçamentária, ao processo de trabalho do DEFIS e ao processo de fiscalização.

As informações extraídas para análise constam nos tópicos “processo de trabalho do DEFIS” e “processo de fiscalização”, sendo o total de inspeções realizadas, bem como o quantitativo de ilegalidades e de irregularidades notificadas. Esses dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel, onde foram devidamente contabilizados. Explicita-se que os dados foram analisados mediante análise estatística simples, segundo frequências absolutas. Para apresentação dos dados analisados, optou-se pela utilização de tabela.

Embora se trate de uma pesquisa documental, com utilização de informações de domínio público, as quais não são registradas nem avaliadas pelo Sistema CEP/CONEP - Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa,⁸ convém destacar que este estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Construção e validação de *e-book* para nortear a atuação de enfermeiros responsáveis técnicos do estado do Paraná”, que está inserida em um projeto maior intitulado “Tecnologias cuidativo-educacionais para a prática do cuidado de enfermagem”, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 62704022.7.0000.0102 e parecer de aprovação nº 5.684.992 pelo Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Resultados

Foram analisados 31 relatórios de fiscalização, sendo 01 anual referente ao ano de 2018, 04 trimestrais relativos ao ano de 2019, 04 trimestrais relacionados ao ano de 2020, 01 trimestral e 09 mensais concernentes ao ano de 2021, e 12 mensais atinentes ao ano de 2022.

Após a análise dos relatórios de fiscalização supracitados, apurou-se que, entre os anos de 2018 a 2022, foram realizadas 6.465 inspeções pelo COREN-PR, sendo 735 em 2018, 1.238 em 2019, 1.048 em 2020, 1.535 em 2021 e 1.909 em 2022, com emissão de um total de 12.412 notificações no intervalo de tempo supradito.

No quadro 1, consta o detalhamento do quantitativo de notificações emitidas pelo COREN-PR entre os anos de 2018 a 2022, considerando a ordem de frequência, a inconformidade e o seu tipo (ilegalidade ou irregularidade), bem como o quantitativo de notificações propriamente dito.

Quadro 1- Quantitativo de notificações emitidas pelo COREN-PR entre os anos de 2018 a 2022, contemplando a ordem de frequência das inconformidades notificadas. Curitiba, 2023.

Ordem de frequência	Inconformidades	Tipo de inconformidade	Nº de notificações
1º lugar	Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem	Irregularidade	3.476
2º lugar	Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de Enfermagem	Ilegalidade	1.828
3º lugar	Profissional (is) de Enfermagem que não registra (m) o processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas	Irregularidade Item de notificação até dezembro de 2019 e de recomendação após o referido período.	1.815
4º lugar	Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem	Irregularidade	1.221
5º lugar	Inexistência ou ausência de enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem	Ilegalidade	1.211
6º lugar	Exercício irregular da Enfermagem	Irregularidade	1.020
7º lugar	Subdimensionamento de pessoal de Enfermagem	Irregularidade	881
8º lugar	Exercício ilegal de Enfermagem	Ilegalidade	561
9º lugar	Profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/ normativos baixados pelo Sistema Cofen/ Conselhos Regionais	Irregularidade	197

10º lugar	Inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem	Irregularidade	98
11º lugar	Inexistência de registro de empresa	Ilegalidade	85
12º lugar	Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei	Ilegalidade	19
Quantitativo total de notificações			12.412

Discussão

Segundo a Lei nº 7.498/1986, artigo 15, as atividades realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.¹ Nesta lógica, a inexistência ou ausência de enfermeiro pode gerar uma série de repercussões negativas nos serviços onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem.

Conforme o artigo 11 da referida lei, dentre as atividades de enfermagem privativas do enfermeiro encontram-se a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, bem como o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.¹

Sobre isso, menciona-se a atuação do ERT, a quem o COREN concede a anotação de responsabilidade técnica (ART). Salienta-se que a ART consiste no ato administrativo no qual o COREN, concede, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença ao ERT para atuar como elo entre o Serviço de Enfermagem da instituição onde labora e o COREN, a fim de facilitar o exercício da atividade fiscalizatória, bem como promover a qualidade e o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem segura.⁵

A Resolução Cofen nº 509/2016, em seu artigo 10º, inciso IX, explicita que dentre as atribuições do ERT está incluída a organização do Serviço de Enfermagem mediante o uso de instrumentos administrativos ou documentos gerenciais, como o regimento interno, as normas e rotinas, os protocolos, os procedimentos operacionais padrão (POP) e outros.⁵

Reconhece-se que os instrumentos administrativos são documentos que estruturam e normalizam uma instituição e/ou serviço. Ressalta-se que a elaboração dos instrumentos relativos ao gerenciamento dos processos de trabalho da enfermagem é indispensável e faz parte das atividades gerenciais e privativas do enfermeiro.⁹

Logo, é possível inferir que a inconformidade de “inexistência ou ausência de enfermeiro” influencia diretamente na situação de “inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do serviço de Enfermagem”, tendo em vista que na ausência ou inexistência de enfermeiro o processo de organização do serviço de enfermagem fica comprometido.

Outras atribuições do ERT previstas na Resolução Cofen nº 509/2016 incluem a responsabilização pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como a garantia de

que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme legislação vigente.⁵

Consoante a Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), o PE deve ser realizado de forma deliberada e sistemática, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, sendo constituído por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são a coleta de dados de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação de enfermagem.¹⁰

A este respeito, enfatiza-se a importância da utilização do PE, pois se trata de um método de organização do trabalho de enfermagem, que viabiliza o adequado planejamento das ações, com reflexos positivos no cuidado prestado aos pacientes.¹¹

Ratificando esse entendimento, pesquisa desenvolvida, com o objetivo de identificar a implicação do PE na prática profissional do enfermeiro, demonstrou que a aplicação do PE favorece a autonomia e fortalece os profissionais de enfermagem. Todavia, a referida investigação apontou que diversas vezes o PE é banalizado, sendo meramente percebido como algo burocrático e sem a devida relevância.¹²

No que tange aos registros de enfermagem, o COFEN, por meio do Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no prontuário do paciente, expõe que os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais. Nessa perspectiva, para serem consideradas autênticas e válidas, as ações registradas no prontuário do paciente deverão estar legalmente constituídas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental.¹³

Outrossim, é fundamental que ao término dos registros de enfermagem conste a identificação correta do profissional que prestou a assistência ao paciente. Neste sentido, na Resolução Cofen nº 545/2017 constam as normas para a anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem.¹⁴

Segundo o artigo 5º da resolução citada, é obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos: em recibos relativos à percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional; em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e, em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.¹⁴

Nesse contexto, é importante sublinhar que o ERT deve ser capaz de planejar o trabalho, liderar a equipe de enfermagem, avaliar a assistência de enfermagem prestada, bem como deve realizar periodicamente o treinamento dos profissionais de enfermagem sob sua supervisão, tomando por base as demandas identificadas.¹⁵

Quanto à irregularidade de “subdimensionamento de pessoal de enfermagem”, situada na sétima posição de notificações mais frequentes,

menciona-se que, segundo o Manual de Fiscalização do Sistema COFEN/COREN, contempla situações de cálculo para dimensionamento de pessoal de enfermagem inexistente ou em desacordo com a legislação vigente, bem como quantitativo de pessoal lotado na enfermagem abaixo do dimensionamento previsto na normativa vigente.

Sobre isso, cita-se a existência da Resolução Cofen nº 543/2017, que estabelece os parâmetros mínimos para dimensionamento do quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.¹⁶ De acordo com a Resolução Cofen nº 509/2016, compete ao ERT, dentre outras atribuições, a realização do dimensionamento de pessoal de enfermagem, conforme o disposto na resolução vigente do COFEN informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao COREN.⁵

O dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser conceituado como um processo sistemático que fornece subsídios para o provimento de pessoal, tendo por finalidade a previsão e a garantia da quantidade suficiente de profissionais de enfermagem para suprimento das necessidades de cuidados de saúde.¹⁷

Explicita-se que o dimensionamento adequado do quadro de pessoal de enfermagem em instituições de saúde é primordial para a segurança do cliente, para a qualidade de vida dos trabalhadores, para a qualificação assistencial e, por conseguinte, para a otimização da aplicação dos recursos em saúde, considerando que pacientes adequadamente tratados estarão menos expostos aos eventos adversos relacionados à assistência em saúde.¹⁸

Sobre essa temática, pesquisa desenvolvida na Atenção Básica em um município do Amazonas revelou que o estudo de dimensionamento de pessoal representa uma importante ferramenta de gestão, pois fundamenta a projeção do quantitativo adequado de profissionais para favorecimento de uma assistência qualificada.¹⁹

Outros itens de inconformidades que merecem destaque são o “exercício irregular da enfermagem” e o “exercício ilegal de enfermagem”, que constam na sexta e oitava posição de notificações mais frequentes, respectivamente. A este respeito, frisa-se que também compete ao ERT informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao COREN situações de infração à legislação da Enfermagem, nestes casos situações de exercício irregular e ilegal da enfermagem.

Segundo o Manual de Fiscalização do Sistema COFEN/COREN, caracterizam situações de exercício irregular da enfermagem: o exercício habitual da profissão por um período maior que 90 dias fora da área de jurisdição da inscrição principal sem a inscrição secundária ou transferência da inscrição; o exercício da Enfermagem com carteira de identidade profissional vencida; a inexistência de registro de títulos de pós-graduação junto ao Conselho Regional de Enfermagem, em consonância com os requisitos do exercício profissional; e a inexistência de registro de títulos de especialização dos profissionais de nível médio de Enfermagem, em consonância com os requisitos do exercício profissional.⁴

Outrossim, conforme o Manual de Fiscalização supradito, contemplam situações de exercício ilegal da enfermagem: o exercício da profissão sem inscrição; o exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada a

pedido; a execução de atos/atividades previstas na lei do exercício profissional que ultrapassam a habilitação legal por profissional de formação inferior à exigida para a categoria de Enfermagem; e a execução de atividades privativas de enfermeiro por pessoa sem habilitação legal.⁴

Reforça-se que o exercício ilegal é considerado crime, pois caracteriza inobservância ao artigo 47 da Lei de Contravenções Penais (Lei nº 3.688/41), no qual consta que “exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício” constitui ato passível de prisão ou multa.²⁰

Outro item de inconformidade que chama atenção é o de “profissional de Enfermagem executando atividades divergentes das previstas nos atos administrativos/ normativos baixados pelo Sistema COFEN/CORENs”, que consta na nona posição de notificações mais frequentes.

Quanto a isso, considerando que no artigo 2º da Lei nº 5.905/1973 consta que o COFEN e os CORENs constituem órgãos disciplinadores do exercício profissional de enfermagem, compreende-se que todos os profissionais de enfermagem devem respeito aos atos administrativos/ normativos baixados pelo Sistema COFEN/CORENs no que se refere às Resoluções do Conselho Federal, Pareceres Normativos ou Decisões dos Conselhos Regionais.³⁻⁴

Relativo às notificações menos frequentes, dizem respeito aos itens de inconformidade de “inexistência de Comissões de Ética de Enfermagem (CEE)”, de “inexistência de registro de empresa” e de “inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei”.

No que tange às Comissões de Ética de Enfermagem (CEE), têm sua criação e funcionamento normatizados pela Resolução Cofen nº 593/2018, a qual explicita que as CEE representam os Conselhos Regionais nas instituições onde existe Serviço de Enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem. Além disso, no artigo 4º da resolução citada é apontada a obrigatoriedade da criação e funcionamento de CEE em instituições com no mínimo cinquenta profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.²¹

No que concerne ao registro de empresa (RE), segundo a Resolução Cofen nº 721/2023, empresa de enfermagem contempla a organização caracterizada como pessoa jurídica devidamente constituída em órgãos de registro empresarial com descrição de atividades e/ou objeto social “atividades de enfermagem”, e que presta e/ou executa serviços exclusivos na área de Enfermagem. Consoante o artigo 3º da supracitada normativa, toda empresa de enfermagem deverá possuir o RE junto ao COREN, sendo facultado o registro a outras empresas, por autonomia administrativa.²²

Acerca do quantitativo de enfermeiro em eventos esportivos, a Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003, que dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor, expressava em seu artigo 15, inciso III, que dentre os deveres da entidade responsável pela organização da competição estava inclusa a disponibilização de um médico e dois enfermeiros-padrão para cada dez mil torcedores presentes à partida.²³

Entretanto, a referida normativa foi revogada pela Lei nº 14.597, de 14 de junho de 2023, que institui a Lei Geral do Esporte, na qual consta em seu artigo 149, inciso IV, que dentre os deveres da organização esportiva diretamente

responsável pela realização do evento esportivo está inclusa a disponibilização de 1 (um) médico e 2 (dois) profissionais de enfermagem, devidamente registrados nos respectivos conselhos profissionais, para cada 10.000 (dez mil) torcedores presentes ao evento.²⁴

Conclusão

Conclui-se que a fiscalização do exercício profissional de enfermagem constitui a atividade finalística do Sistema COFEN/CORENs, sendo que as notificações emitidas nas ações fiscalizatórias, quando são constatadas inconformidades, almejam a melhoria da segurança e qualidade da assistência de enfermagem prestada à população, em cumprimento aos regramentos éticos e legais da profissão.

Nesse íterim, o conhecimento do perfil das notificações emitidas pelo Conselho de Classe representa uma ferramenta orientadora para os profissionais de enfermagem direcionarem o seu exercício profissional, em consonância com a legislação de enfermagem vigente, com vistas a um cuidado de enfermagem seguro, ético e qualificado.

Ademais, identifica-se a necessidade de que durante os cursos de formação na área da Enfermagem seja dada maior ênfase ao processo de atuação do Sistema COFEN/CORENs, com vistas à obtenção de maior clareza por parte dos estudantes sobre a relevância da fiscalização do exercício profissional da Enfermagem para o fortalecimento da profissão.

Como limitação, foi possível observar a escassez de estudos na literatura envolvendo a fiscalização do exercício profissional da enfermagem. Espera-se que esta pesquisa estimule futuras investigações com ênfase nessa temática, uma vez que as ações de fiscalização visam assegurar que as atividades de enfermagem somente sejam executadas por profissionais responsáveis e legalmente habilitados.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986 [citado 2023 jun 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm
2. Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1987 [citado 2023 mar 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm
3. Brasil. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1973 [citado 2023 mar 02]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15905.htm#:~:text=LEI%20No%205.905%2C%20DE,Enfermagem%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias

4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 617/2019, de 17 de outubro de 2019. Atualiza o Manual de Fiscalização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, o quadro de Irregularidades e Ilegalidades e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2023 mar 02]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-617-2019_74627.html

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 509/2016, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2023 maio 31]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html

6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 374/2011, de 23 de março de 2011. Item XII - "SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2023 jul 25]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3742011_6590.html

7. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2023 ago 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2023 ago 30]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581

9. Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins. Manual de orientação aos enfermeiros responsáveis técnicos do Tocantins [Internet]. Palmas-TO; 2022 [citado 2023 jul 15]. Disponível em: <http://to.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/MANUAL-DO-ENFERMEIRO-RT-COREN-TO-2022.pdf>

10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2023 jun 06]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

11. Trindade LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EN. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. *Saúde (Santa Maria)*. 2016; 42(1):75-82. doi: <https://doi.org/10.5902/2236583419805>
12. Dorneles FC, Schlotfeldt NF, França PM, Forno ND, Araújo NP, Santos AS, et al. Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. *REAS*. 2021; 13(2):1-9. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021>
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 514/2016, 05 de maio de 2016. Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2023 jul 02]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 545/2017, de 09 de maio de 2017. Ficam adotadas as normas contidas nesta Resolução para a anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2023 jul 06]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html
15. Fonseca MR. Desafios da responsabilidade técnica de enfermagem na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: uma análise acerca do processo de trabalho. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá; 2021.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 543/2017, de 18 de abril de 2017. Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I e II (que poderão ser consultados no endereço eletrônico: www.cofen.gov.br), os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2023 jul 06]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
17. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Paulina Kurcgant. *Gerenciamento em enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014.
18. Silva RGM, Nascimento VF, Bertucci AAS, Benicio AS, Ferreira DS, Lopes CCC. Análise reflexiva sobre a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem como ferramenta gerencial. *Enfermagem Brasil*. 2016; 15(4):221-6. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i4.501>
19. Camurça AM, Oliveira BMS, Silva FL, Mineiro MM, Passos RSS, Coelho PDL, et al. Dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem na atenção básica no distrito de Cacau Pirêra, Amazonas. *Arq. ciências saúde UNIPAR*. 2023; 27(7):3582-95. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-021>

20. Brasil. Decreto-Lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais [Internet]. Rio de Janeiro; 1941 [citado 2023 jun 02]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3688-3-outubro-1941-413573-normaatualizada-pe.html>

21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 593/2018, de 05 de novembro de 2018. Normatizar a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2023 jul 04]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-593-2018_66530.html

22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 721/2023, de 17 de maio de 2013. Atualiza a norma técnica para Registro de Empresa no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2023 [citado 2023 jun 04]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-721-2023_108562.html

23. Brasil. Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003. Dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2023 jul 05]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.671.htm

24. Brasil. Lei nº 14.597, de 14 de junho de 2023. Institui a Lei Geral do Esporte [Internet]. Brasília; 2023 [citado 2023 jul 05]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14597.htm#art217

Autor de correspondência

Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva.
R. Prof. João Argemiro Loyola, 74. CEP: 80240-530 -
Seminário. Curitiba, Paraná, Brasil.
marcusvinicius.darocha@yahoo.com.br

Dor crônica relacionada a ansiedade e depressão de pacientes com diabetes mellitus

Chronic pain related to anxiety and depression of patients with diabetes mellitus

Dolor crónica relacionado con ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus

Ynnaê Côrtes da Silva Neri¹, João Pedro Rodrigues da Silva², Ananda Goncalves Menezes³, Cris Renata Grou Volpe⁴, Silvana Scherz Funghetto⁵,
Mani Indiana Funez⁶, Marina Morato Stival⁷, Luciano Ramos de Lima⁸

Como citar: Neri YCS, Silva JPR, Menezes AG, Volpe CRG, Funghetto SS, Funez MI, et al. Dor crônica relacionado a ansiedade e depressão de pacientes com diabetes mellitus. 2023; 12(4): 871-85. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p871a885>

REVISA

1. Universidade de Vassouras. Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1095-7231>
2. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0008-5460-3698>
3. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8629-0843>
4. Universidade de Brasília, Faculdade do Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3901-0914>
5. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9332-9029>
6. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4315-7185>
7. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>
8. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2709-6335>

Recebido: 23/07/2023
Aprovado: 15/09/2023

RESUMO

Objetivo: Relacionar a dor crônica a depressão e ansiedade de pacientes com Diabetes Mellitus. **Método:** Estudo transversal, amostra n=50, avaliou a dor crônica pela escala numérica de dor, identificou o Diagnóstico de Enfermagem Dor crônica da Taxonomia da NANDA, e Ansiedade e Depressão foi avaliada pela Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão). **Resultados:** A prevalência de ansiedade foi de 36,0% e 32,0% de depressão, acometeu mulheres entre 60 e 69 anos. A relação entre intensidade de dor foi moderada, em ambos que tinham ansiedade ou depressão. Identificou as características definidoras do Diagnósticos de Enfermagem Dor Crônica: Alteração da capacidade em continuar atividades prévias, 61,1% tinham ansiedade e 56,3% apresentaram depressão; Alteração no padrão de sono, 72,2% com ansiedade e 56,3% com depressão; Autorrelato usando escala padronizada de dor, 98,0% tinham ansiedade e depressão respectivamente. Os Fatores Relacionados do Diagnósticos de Enfermagem 88,9% com Aumento de IMC tinham ansiedade e 93,8% com depressão; Alteração no padrão de sono 72,2% com ansiedade e 56,3% depressão; 92% com Idade ≥50 anos 93,8% com ansiedade e 88,9% com depressão. **Conclusão:** As mulheres tinham dor crônica de intensidade moderada e foi relacionado a ansiedade e a depressão. **Descritores:** Dor Crônica; Diagnósticos de enfermagem; Ansiedade; Depressão; Diabetes Mellitus; Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Relating chronic pain to depression and anxiety of patients with Diabetes Mellitus. **Method:** Cross-sectional study, sample n=50, assessed chronic pain using the numerical pain scale, identified the Nursing Diagnoses Chronic pain from the NANDA Taxonomy, Anxiety and Depression was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Results:** The prevalence of anxiety was 36.0% and 32.0% of depression, affecting women between 60 and 69 years old. The relationship between pain intensity was moderate, in both those who had anxiety or depression. Identified the defining characteristics of the Chronic Pain Nursing Diagnosis: Change in the ability to continue previous activities, 61.1% had anxiety and 56.3% had depression; Change in sleep pattern, 72.2% with anxiety and 56.3% with depression; Self-reported using a standardized pain scale, 98.0% had anxiety and depression respectively. Related Factors of Nursing Diagnoses 88.9% with increased BMI had anxiety and 93.8% with depression; Change in sleep pattern 72.2% with anxiety and 56.3% depression; 92% aged ≥50 years, 93.8% with anxiety and 88.9% with depression. **Conclusion:** Women had chronic pain of moderate intensity and it was related to anxiety and depression. **Descriptors:** Chronic Pain; Nursing Diagnosis; Anxiety; Depression; Diabetes Mellitus; Nursing Assessment.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar el dolor crónica con la depresión y la ansiedad de pacientes con Diabetes Mellitus. **Método:** Estudio transversal, muestra n=50, se evaluó el dolor crónico mediante la escala numérica de dolor, se identificaron los Diagnósticos de Enfermería El dolor crónico de la Taxonomía NANDA, la Ansiedad y Depresión se evaluó mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. **Resultados:** La prevalencia de ansiedad fue de 36,0% y de depresión de 32,0%, afectando a mujeres entre 60 y 69 años. La relación entre la intensidad del dolor fue moderada, tanto en los que presentaban ansiedad como en los que presentaban depresión. Se identificaron las características definitorias del Diagnóstico de Enfermería del Dolor Crónico: Cambio en la capacidad de continuar actividades anteriores, el 61,1% presentó ansiedad y el 56,3% presentó depresión; Cambio en el patrón de sueño, 72,2% con ansiedad y 56,3% con depresión; Autoinformados mediante una escala de dolor estandarizada, el 98,0% tenía ansiedad y depresión respectivamente. Factores Relacionados con el Diagnóstico de Enfermería el 88,9% con IMC elevado presentó ansiedad y el 93,8% depresión; Cambio en el patrón de sueño 72,2% con ansiedad y 56,3% depresión; 92% con edad ≥50 años, 93,8% con ansiedad y 88,9% con depresión. **Conclusión:** Las mujeres presentaron dolor crónico de intensidad moderada y se relacionó con ansiedad y depresión. **Descriptores:** Dolor Crónico; Diagnóstico de Enfermería; Ansiedad; Depresión; Diabetes Mellitus; Evaluación en Enfermería.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 422 milhões de pessoas em todo mundo têm Diabetes Mellitus (DM) e 1,5 milhão de mortes são atribuídas ao DM por ano. Além disto o número de casos tem aumentado nas últimas décadas¹. O Brasil ocupa a quinta posição de país com maior incidência de DM no mundo, existem cerca de 16,8 milhões de pessoas com DM entre 20 e 79 anos, a estimativa é que até 2030 chegue a 21,5 milhões de pessoas com DM².

As pessoas que convivem com o DM podem ter outras doenças crônicas não transmissíveis/DCNT associadas, a exemplo a hipertensão arterial sistêmica, problemas respiratórios, dislipidemias, obesidade, doenças renais etc. Outros problemas associados as DCNT, mais comuns a exemplo são DM, obesidade e dor crônica. A soma destas doenças pode gerar danos psicológicos e depressivos, que podem contribuir e prejudicar o tratamento do DM³.

Um tipo de dor comum em pacientes com DM é a dor neuropática, que pode afetar mais de 50% dos indivíduos com DM. Estudos tem demonstrado uma correlação negativa entre qualidade de vida (QV), dor, ansiedade e depressão, ainda, quando se trata de dor crônica, os sintomas são mais intensos e conseqüentemente leva a uma piora considerável na QV³⁻⁷.

Desta forma a temática entre DM, dor, depressão e ansiedade tem sido investigada de forma isolada ou associada. Pesquisas identificaram prejuízos ocasionados por associação da DCNT ao DM^{3,5-6,8-9}. Outra vertente de investigação é com linhas de estudos que investigam os Diagnósticos de Enfermagem (DE) em pessoas com DM¹⁰⁻¹². É importante que a equipe de saúde e de enfermagem estejam atentas para reconhecer estes problemas e traçarem estratégias de intervenções para controle destas alterações, com vistas a melhorar o autocuidado do paciente que convive com DM. Contudo ainda não foi identificado a comparação de estudos associando a escala de ansiedade e depressão hospitalar ao DE Dor Crônica. Este estudo tem como objetivo relacionar a dor crônica a depressão e ansiedade de pacientes com DM.

Método

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo. Os integrantes deste estudo eram atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. Os pacientes selecionados com DM eram acompanhados pela equipe médica e por uma enfermeira especialista na área em DM. A amostra final foi de n=50 participantes com DM tipo 2. Foram incluídos pacientes com DM com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram e estavam cadastrados na Unidade Básica de Saúde. Foram excluídos os pacientes com DM tipo 1, com doenças endócrinas, infecciosas e neoplasias.

Um aluno de graduação em enfermagem foi treinado para avaliação dos participantes e uso de instrumento de coleta de dados, após foi iniciado a coleta de dados: primeiro foi avaliado dados e medidas clínicas e antropométricas; seguido da caracterização do DE Dor Crônica/DEDC segundo a Taxonomia da *NANDA-International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020* (identificou as Características Definidoras-CD e os Fatores Relacionados-FR). Foi considerado dor crônica aqueles que conviviam com a dor \geq três meses¹³. Outra

avaliação foi da dor, ocorreu por meio de caracterização da intensidade de dor, mensurada pela escala numérica de dor (EN) de 0 a 10 pontos.

A ansiedade e depressão foram avaliadas pela adoção da *Hospital Anxiety and Depression Scale/HADS* (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), é dividida em 14 ítems sendo sete para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D), esta escala foi traduzida e validada para o Brasil. Cada um dos seus itens pode ser pontuado entre zero a três, compondo uma conclusão máxima de 21 pontos para cada escala. Ponto corte para definição da ansiedade e depressão foi de ≥ 9 pontos¹⁴.

A análise dos dados ocorreu pela comparação das medidas derivadas da avaliação da dor, do DEDC e da presença de ansiedade ou depressão pela HADS-A e HADS-D. Após construção de banco de dados estatístico SPSS® versão 20.0 para Windows®. Foi realizada a análise exploratória dos dados (descritiva) a partir do questionário sociodemográfico. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (mínima, máxima e desvio padrão/DP).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS CAEE (32122814.9.0000.5553).

Resultados

Os participantes tinham idade média de 62±8 anos (Mín.=42 e Máx.=79 anos), tempo médio de DM=10±10 anos (Mín.=1 e Máx.=10 anos).

A ansiedade e a depressão em sua maioria acometeram mulheres, obesas, 48,0% estavam com faixa etária entre 60 e 69 anos e de cor parda respectivamente. A prevalência foi de 36,0% de ansiedade e 32,0% de depressão nos participantes avaliados deste estudo caracterizada pela *HADS*. Em especial a ansiedade acometeu a totalidade das mulheres (n=18) e a depressão acometeu 12,5% dos homens e 87,5% das mulheres (Tabela 1).

Tabela 1- Aspectos sociodemográficos dos participantes segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (n=50), Brasília, 2023.

		Total		Ansiedade				Depressão			
				Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	9	18,0	0	0,0	9	28,1	2	12,5	7	20,6
	Feminino	41	82,0	18	100,0	23	71,9	14	87,5	27	79,4
Idade (anos)	42-49	4	8,0	2	11,1	2	6,3	1	6,3	3	8,8
	50-50	12	24,0	2	11,1	10	31,3	4	25,0	8	23,5
	60-69	24	48,0	10	55,6	14	43,8	6	37,5	18	52,9
	>70 anos	10	20,0	4	22,2	6	18,8	5	31,3	5	14,7
Escolaridade	Analfabeto	6	100,0	2	100,0	4	100,0	1	100,0	5	100,0
	Ensino	6	18,2	1	8,3	5	23,8	1	10,0	5	21,7
	Fundamental	Incompleto	27	81,8	11	91,7	16	76,2	9	90,0	18

		Total		Ansiedade				Depressão			
				Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino Médio	Completo	5	55,6	1	50,0	4	57,1	2	50,0	3	60,0
	Incompleto	4	44,4	1	50,0	3	42,9	2	50,0	2	40,0
Ensino Superior	Completo	2	100,0	2	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cor	Branca	21	42,0	8	44,4	13	40,6	9	56,3	12	35,3
	Parda	24	48,0	10	55,6	14	43,8	7	43,8	17	50,0
	Negra	4	8,0	0	0,0	4	12,5	0	0,0	4	11,8
	Amarela	1	2,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	2,9
	Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trabalho como fonte de renda	Sim	12	24,0	3	16,7	9	28,1	4	25,0	8	23,5
	Não	38	76,0	15	83,3	23	71,9	12	75,0	26	76,5
IMC	Eutrófico	9	18,0	2	11,1	7	21,9	1	6,3	8	23,5
	Sobrepeso	15	30,0	7	38,9	8	25,0	7	43,8	8	23,5
	Obesidade	26	52,0	9	50,0	17	53,1	8	50,0	18	52,9

Legenda: Índice de Massa Corporal/IMC

Na identificação do DEDC, às principais CD identificadas foram ≥98,0% Autorrelato usando escala padronizada de dor, Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, ≥46,0% Fadiga, Alteração da capacidade em continuar atividades prévias e Alteração no padrão de sono. Sendo que em relação a comparação em ter ansiedade e/ou depressão estas CD tiveram valores superiores (variou entre 53,6% a 100,0%) pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Tabela 2).

Em relação à análise das CD de Alteração da capacidade em continuar atividades prévias, 61,1% apresentaram ansiedade e 56,3% com depressão. Os resultados para Alteração no padrão de sono, 72,2% com ansiedade e 56,3% para depressão. O Autorrelato usando escala padronizada de dor tanto ansiedade quanto depressão tiveram resultados de 100,0%. Os resultados para a Fadiga 61,1% tinham ansiedade e 50,0% apresentaram depressão (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição do Diagnóstico de Enfermagem de Dor Crônica, incluindo características definidoras e fatores relacionados de pacientes com Diabetes Mellitus (n=50), Brasília, 2023.

Características definidora	TOTAL		Ansiedade				Depressão			
			Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Autorrelato usando escala padronizada de dor	49	98,0	18	100,0	31	96,9	16	100,0	33	97,1
Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor	49	98,0	18	100,0	31	96,9	16	100,0	33	97,1
Fadiga	24	48,0	11	61,1	13	40,6	8	50,0	16	47,1
Alteração da capacidade em continuar atividades prévias	23	46,0	11	61,1	12	37,5	9	56,3	14	41,2
Alteração no padrão de sono	23	46,0	13	72,2	10	31,3	9	56,3	14	41,2
Expressão facial	3	6,0	1	5,6	2	6,3	0	0	3	8,8
Fatores relacionados										
Condições associadas a função metabólica prejudicada	50	100,0	18	100,0	32	100,0	16	100,0	34	100
População de risco idade ≥50 anos	46	92,0	16	88,9	30	93,8	15	93,8	31	91,2
População de risco sexo feminino	41	82,0	18	100	23	71,9	14	87,5	27	79,4
Aumento no IMC*	41	82,0	16	88,9	25	78,1	15	93,8	26	76,5
Alteração no padrão de sono	23	46,0	13	72,2	10	31,3	9	56,3	14	41,2
Isolamento social	5	10,0	1	5,6	4	12,5	1	6,3	4	11,8

Legenda: *Índice de Massa Corporal/IMC

Fonte: Dados da pesquisa.

Os FR do DEDC foram Aumento de IMC, Alteração no padrão do sono, Isolamento social, População de risco idade >50 anos, População de risco sexo feminino e Condições associadas a função metabólica. Identificou que 82,0% tinham aumento de IMC, destes 88,9% tiveram ansiedade e 93,8% com depressão. A Alteração no padrão de sono em 46,0% da amostra, 72,2% tiveram ansiedade e 56,3% com depressão. Em 92,0% apresentou Idade ≥50 anos, 88,9% tiveram ansiedade e 93,8% com depressão. Outro FR em 82,0% foi o Sexo feminino, destes

100,0% com ansiedade e 87,5% com depressão. E por último o FR Condições associadas à função metabólica prejudicada, a totalidade (100,0%) todos com DM, apresentaram ansiedade e depressão respectivamente (Tabela 2).

Na Figura 1 observa a comparação entre intensidade de dor e os estados de ansiedade e depressão. Para todos os grupos a dor foi descrita como moderada EN=5,0±2,0 pontos (Mín.=0,0 e Máx.=9,0 pontos) em ambos os estados, sendo uma prevalência de ansiedade um pouco maior comparado aos depressivos (36,0% e 32,0%) respectivamente. Não foi observado alteração da caracterização da intensidade também entre grupos ansiedade e depressão (EN=6,2±2,2 pontos, Mín.=1,0 e Máx.=9,0; EN=5,8±2,4 pontos, Mín.=2,4 e Máx.=9,0 pontos), ambos estados apresentaram a dor crônica de intensidade moderada.

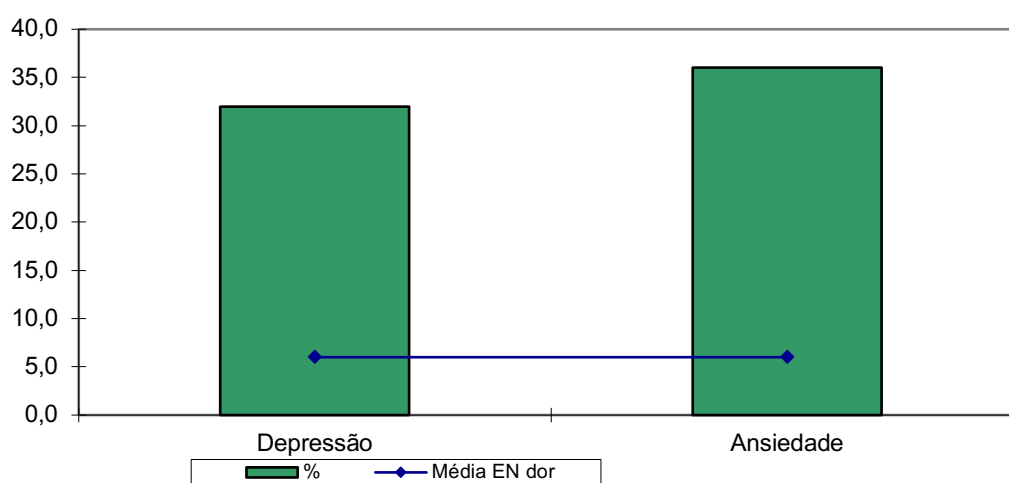


Figura 1 - Comparação da intensidade de dor crônica, relacionados aos casos de ansiedade e depressão pacientes com Diabetes Mellitus (n=50), Brasília, 2023.

Discussão

Neste estudo prevaleceram mulheres com maior frequência de depressão e ansiedade, casadas, com idade sexagenária e com baixa escolaridade. Em uma pesquisa desenvolvida na Índia com 201 participantes com DM, 59,0% eram mulheres, com a média de 61 anos de idade e IMC condizente com o sobrepeso¹⁵. Em comparação no Brasil, tivemos estudos com dados similares, que contou com uma amostra de 121 pacientes, sendo que 59,0% destes eram mulheres com média de idade de 64 anos e apresentavam sobrepeso⁵. Já em contrapartida, outro país uma pesquisa demonstrou divergência com seus resultados, sendo esse realizado em um ambulatório no Japão, com 44 participantes, destes 32 eram homens e 12 eram mulheres, com idade ≤ 59 anos, mas ainda assim os dados de sobrepeso foram parecidos com os artigos anteriores¹⁶.

Alguns fatores podem se somar e contribuir para o desenvolvimento de DCNT como o DM e presença da ansiedade e depressão. A idade avançada contribui para o surgimento doenças crônicas, pela diminuição metabólica do organismo que juntamente com a depressão, pode levar ao sedentarismo, contribuindo assim para o surgimento de outras patologias¹⁷⁻¹⁸.

A prevalência do sexo feminino para ansiedade e depressão podem ser relacionados vários fatores, um deles, é a provável mudança hormonal que

antecede a terceira idade. A menopausa altera diversas funções hormonais que podem acarretar sintomas depressivos e ansiosos. Já o contexto sociodemográfico, deve-se atentar a vulnerabilidade social, baixa escolaridade, limitação de acesso à saúde que são fatores que podem contribuir para receber informações para prevenção e controle de doenças, entre elas podem estar relacionados a ansiedade e depressão¹⁹.

Nesse sentido, um estudo realizado no Brasil com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, observou que idosos com analfabetismo/baixa escolaridade tendem a ter uma percepção de saúde ruim, além de que o aumento dos níveis de escolaridade atua como fator de proteção para a saúde dos indivíduos, no processo de controle de saúde¹⁷.

A ansiedade neste estudo acometeu todas as mulheres e a depressão acometeu também de forma expressiva as mulheres. Um estudo realizado na África, com pacientes readmitidos que tinham DM atendidos em um hospital, identificaram que os índices de depressão bem como o de ansiedade, foram maiores no sexo feminino com cerca de 55,6% para depressão e 53,8% para ansiedade²⁰.

A presença de sinais e sintomas depressivos e ansiosos nas amostras evidencia uma correlação com doenças crônicas, no processo de início ou agravamento das doenças crônicas. Surgimento de sintomas depressivos pode levar a agravamento de doenças crônicas, pessoas com depressão tendem a demonstrar comportamentos prejudiciais a adesão de tratamento de doenças, a exemplo manter sedentarismo e níveis de qualidade de vida baixos^{5,7,17}.

Nesta pesquisa as principais CD do DEDC eram Autorrelato usando escala padronizada de dor, Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, Alteração da capacidade em continuar atividades prévias, Alteração no padrão de sono e Fadiga.

O uso da escala padronizada de dor e Autorrelato das características da dor, são CDDC relacionadas aos instrumentos utilizados pela equipe de saúde como escalas de dor EN, com valores que variam de 0 a 10 pontos ou de descritores como questionário de McGill. Os resultados evidenciados no presente estudo, identificou a dor descrita como moderada em percentual acima de noventa dos participantes. Outro estudo desenvolvido com 121 participantes no Distrito Federal, observou que 36,4% referiram a dor maior, descrita como intensa⁵. Na região norte do país, outra pesquisa evidenciou uma prevalência inferior, dos 129 participantes 35,0% apresentaram dor⁶. Em outra pesquisa realizada na Índia, dos 201 participantes, 87,0% tiveram dor¹⁵.

A dor crônica tem sido descrita como causa de alterações emocionais como depressão, ansiedade, ausência de prazer, prejuízos no sono, na vida social e incapacitação. Outra pesquisa evidenciou que alterações no sono, depressão, ansiedade e baixa QV estão presentes em pacientes que convivem com dor crônica sendo que na maioria das vezes de 30% a 40% não conseguem responder ao tratamento e acabam tendo que conviver com a dor^{5,18,21}.

Entre os FR deste estudo, foram o Aumento de IMC, Alteração no padrão do sono, Isolamento social, População de risco idade maior 50 anos, população de risco sexo feminino e condições associadas a função metabólica. A Idade um fator encontrado em população de risco idade ≥ 50 anos em outras pesquisas²²⁻²³, população de risco sexo feminino^{5-6,24}.

Outro FR foi a Alteração no padrão do sono tem sido identificado em outra pesquisa, observaram que o efeito desse autocuidado deficiente pode contribuir para fragilidade e resultar em estados de hipoglicemia, desencadear uma sonolência diurna e etc. Por outro lado, a não manutenção do sono é um fator de risco para o aumento da resistência insulínica e para o desenvolvimento do DM²⁵. Outro problema associado ao sono é presença da dor crônica tipo neuropática que acometer especialmente os indivíduos com DM, que tem como sintoma o depear a noite relacionado a presença de dor persistente^{3,5,7}.

Uma outra característica da dor em pessoas com DM, com dor neuropática, é que pode ter limitações em que o paciente pode ter padrão de sono prejudicado relacionado a dor, que o faz despertar no período noturno. Alterações no padrão de sono foi evidenciada em outro estudo, podendo contribuir para transtornos de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares²⁶. O DE padrão de sono alterado foi identificado em uma amostra de 50 participantes em outra investigação com DM, 57,2% dos participantes teve padrão de sono alterado²⁷. O sono é uma necessidade básica do ser humano, quando prejudicado pode afetar diversos aspectos, sendo relacionados com maiores taxas de mortalidade e a prevalência de síndromes metabólicas como DM, doença coronariana e depressão¹⁷⁻¹⁸.

Outra pesquisa que identificou os DE pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) encontrou dados similares. Dentre DE identificados, a insônia e sono prejudicado foram elencados. Foi apresentado o aspecto de necessidade de sono e repouso, demonstrando que existem variáveis que possam influenciar a quantidade e a qualidade do sono dos pacientes. Entre elas a idade, influências psicológicas, estilo de vida, condições ambientais, desvios de saúde e intervenções clínicas. Essas variáveis podem vir a ocasionar distúrbios do sono, a exemplo temos: privação do sono, insônia, narcolepsia, parassonias e apneia do sono. Vale ressaltar que essas variáveis estão associadas com outros problemas de saúde, a exemplo doenças cardiovasculares, o próprio DM, obesidade e depressão²³.

O isolamento social foi uma variável identificada em uma pesquisa em Brasília também, dos 121 participantes, evidenciou que o isolamento social é um fator presente em paciente com quadros depressivos e ansiosos, além de estar associado em paciente com dor crônica⁵. Outro estudo realizado em Londrina, com 191 participantes identificaram prejuízos na interação social de pacientes que tinham qualidade de vida reduzida²⁴. Uma pesquisa que contou com 13 idosos com DM de uma instituição de longa permanência, identificou como principais DE o isolamento social, insônia e risco de pressão arterial instável²⁵.

Uma pesquisa realizada com Enfermeiros da Estratégia da Família analisou os cuidados de enfermagem prescritos mais frequentes, identificaram os possíveis DE para pacientes com DM e hipertensão no contexto também da Atenção Primária à Saúde. Os principais DE foram: função metabólica prejudicada, perfusão tissular periférica ineficaz, obesidade e a insônia também (51,42%) esteve presente²⁶. A função metabólica prejudicada foi também identificada em outros estudos^{12,27}.

Ainda seguindo o raciocínio das alterações que o DM pode exercer sobre o organismo do paciente, podemos citar a cognição. Uma pesquisa correlacionou o DM com déficit cognitivo e ansiedade/depressão⁸. Outra investigação com idosos com dor crônica, demonstrou que há risco elevado de déficit cognitivo

maior em pacientes que apresentavam dor crônica comparado aos que não apresentavam dor crônica²⁸.

Nesse sentido no interior de São Paulo, foram avaliados 104 idosos quanto ao seu desempenho cognitivo de participantes com dor crônica (n=73) e sem dor crônica (n=31), as mulheres foram o maior número de na amostra do estudo. Os pacientes com dor crônica apresentaram no domínio de memória uma pior deterioração do desempenho cognitivo ao longo do estudo²⁹. A dor possui diversos impactos negativos sobre a vida de um indivíduo idoso, sendo elas de prejuízos biopsicossociais, perda de autonomia e uma prevalência maior de sintomas depressivos e ansiosos nesses pacientes^{12,21,30}.

Outra pesquisa avaliou pacientes com DM e seu autocuidado, a teoria de OREM evidencia que autocuidado é a prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Identificaram que maioria dos pacientes estavam com menos cinco anos com DM e se encaixavam no quadro de controle metabólico ruim. Alguns DE identificados foram: autonegligência, comportamento de saúde propenso a risco, manutenção ineficaz da saúde e estilo de vida sedentário. Muitas vezes associado a presença de dor, rigidez das articulações, falta de apoio familiar pode contribuir para um déficit no autocuidado com DM. O estudo sugere que muitos dos pacientes no quadro de DM desconhecem o processo de desenvolvimento da doença e suas devidas consequências¹¹.

Em uma pesquisa com pacientes com DM em estágio avançado já com úlcera do pé diabético, foram elencados alguns DE dentre os relacionados ao autocuidado: apoio familiar positivo e apoio social eficaz. Desta forma nos requisitos do autocuidado foram identificadas questões emocionais que relaciona e acompanham a doença, que podem comprometer o controle glicêmico, já que o controle glicêmico pode ser influenciado pelas questões psicológicas³¹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, considera que as linhas de estudos têm evidenciado que a depressão e ansiedade estão relacionadas à diminuição do cuidado voltado ao tratamento para o DM. Por vezes essa relação ocorre pela dificuldade do paciente lidar com problemas que acompanham o DM e o estresse psíquico, que pode interferir no autocuidado e os respectivos comportamentos para realizá-lo. Ainda a depressão é considerada como uma das comorbidades mais frequentes encontradas nos indivíduos com DM, podendo ser observado com três vezes mais prevalência em do que casos depressivos da população em geral, porém, é uma associação subjugada já que apenas um terço dos casos são diagnosticados de forma adequada^{3,18}.

O diagnóstico dessa associação entre DM e Depressão se torna difícil e muitas vezes, pode passar despercebido relacionado a sintomatologia parecida das duas enfermidades. Exemplos de sintomas semelhantes são fadiga, emagrecimento, diminuição da libido, alteração do sono e apetite. Esses sintomas são responsáveis por pontuações elevadas a exemplo, no questionário (*Depressive Cognition Scale-DCS*) utilizado para avaliação de depressão na prática clínica³. Enfatiza-se que o sono foi um deste problemas elencados na amostra avaliada deste estudo.

Sintomas depressivos como humor deprimido, diminuição do interesse por cuidado pessoal, perda de energia e dificuldade de concentração são sintomas comuns em pacientes com DM e se associam com o autocuidado

prejudicado aumentando assim o risco de mortalidade precoce e complicações^{7,18,20,38}.

Há ainda evidências de que a relação entre DM e depressão pode aumentar o risco de complicações crônicas, já que a depressão tem sido relacionada com hipoglicemia, maiores riscos de complicações micro e macro vasculares e aumento das limitações funcionais decorrentes do DM. Os resultados dessas evidências mostram que a combinação dessas duas condições ocasiona um impacto maior do que a somatória de seus efeitos^{3,7-8}.

Desta forma a avaliação de depressão e ansiedade com a escala HAD, tem sido adotada em outras realidades. Em um estudo realizado no Marrocos avaliou a prevalência de depressão e ansiedade de 243 participantes pacientes com DM com a HAD. Evidenciou predomínio do sexo feminino nos grupos com estados de ansiedade e depressão³³. Outro estudo da África analisou esta temática identificou também uma prevalência do sexo feminino, sendo 55,6% com depressão e 53,8% com ansiedade²⁰. Ambos os estudos destacam a importância do apoio psicossocial para com o indivíduo com DM e com ansiedade ou depressão, sendo este apoio fundamental para o tratamento da DM já que essas enfermidades psíquicas podem impactar diretamente no controle da DM.

No controle do DM os cuidados de enfermagem envolvem todo o auxílio no autocuidado em seu cotidiano. Entre os cuidados a exemplo, estão o monitoramento de glicemia, insulino terapia, educação em saúde, cuidados com a nutrição e fornecimento de insumos de saúde^{9,12,34}. Pacientes devem ter estado de ansiedade e depressão controlados para engajar e/ou potencializar o autocuidado no cotidiano em quem convivem com DM e seus desafios e complicações.

A Sociedade Brasileira de Diabetes enfatiza a importância da consulta de enfermagem ao paciente com DM na atenção primária, apresenta alguns DE para dor e estabelece intervenções para o manejo da dor em especial. As intervenções para esses DE são: orientar a pessoa a identificar e a reduzir os fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor; analisar as influências do contexto de vida da pessoa que podem influenciar o controle da dor; orientar e ajudar a controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto; encorajar a pessoa a monitorar a própria dor (duração, localização, intensidade e qualidade) e o impacto na qualidade de vida; orientar sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor; compartilhar e discutir com a equipe de apoio, quando necessário; favorecer apoio familiar social; encaminhar para avaliação médica, quando necessária; encaminhar para grupos de apoio e/ou para práticas integrativas complementares em saúde (PICS)^{3,18}.

Outra sugestão da Sociedade Brasileira de Diabetes elaborou em seu ebook para consulta de enfermagem ao paciente diabético na atenção primária e entre as ações estabelecidas adota-se os sete comportamentos para o autocuidado da AADE7 Self-Care Behaviors®, entre eles está destacado o comportamento de Enfrentamento saudável caracterizado como uma atitude positiva da pessoa em relação ao DM e ao autocuidado e foco na resolução de problemas caracterizado como comportamento para aumentar a confiança e a capacidade de lidar com situações desafiadoras a partir de um conjunto de estratégias utilizadas para remover as barreiras identificadas no autocuidado. O comportamento de alimentação saudável, sendo crucial para a estabilidade da

DM, caracterizado pela ingestão de alimentos balanceados que favorecem o equilíbrio glicêmico³. Mais uma vez enfatiza que o estado de ansiedade e depressão devem estar controlados nos pacientes com DM com vistas a ajudar nestes comportamentos.

Este estudo tem como limitação de não ter a possibilidade de avaliação glicemia ou hemoglobina glicada no período de entrevista para ter uma perspectiva do controle glicêmico, que pode ajudar a reportar o controle do DM e a amostra ter sido por conveniência. Também estimula replicação deste estudo com adoção da HAD e o DEDC para confrontar os resultados. Estas limitações devem ser consideradas em próximas investigações com esta temática.

Conclusão

Esta pesquisa evidenciou uma prevalência de mulheres com DM idosas com dor classificada como moderada, sendo mais frequente nos casos com ansiedade seguido de depressão.

As características definidoras do DEDC mais comuns foram Autorrelato usando escala padronizada de dor, Uso de instrumento padronizado de dor, Alteração da capacidade em continuar atividades prévias, Alteração no padrão de sono e Fadiga. Os FR mais comuns foram Aumento de IMC, Alteração no padrão do sono, Isolamento social, População de risco foram de ter idade ≥ 50 anos, pertencer ao sexo feminino e ter Condições associadas a função metabólica.

Estes achados são características que devem ser consideradas em pacientes com DM, como informações a ser elencadas no cuidado em saúde e principalmente pela equipe de enfermagem.

Agradecimento

Aos participantes do estudo deste trabalho. Estudo financiado pelos próprios pesquisadores.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global report on diabetes: A summary, [Internet]. Geneva; 2020. [citado 2023 mar 10]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. Ministério da Saúde, Dia nacional do diabetes. [Internet]. Brasília; 2023. [cited 2023 set 01]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/>
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022 [Internet]. São Paulo; [cited 2023 set 01]. 781p. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/2022/>
4. Silva ACG, Stival MM, Funghetto SS, Volpe CRG, Funez MI, Lima LR de. Comparação da dor e qualidade de vida entre indivíduos com e sem neuropatia diabética. Rev Enferm UFSM. 2021;11:e62. Doi: 10.5902/2179769263722

5. Lima LR, Stival MM, Funghetto SS, Volpe CRG, Rehem TCMSB, Santos WS, et al. Lower quality of life, lower limb pain with neuropathic characteristics, female sex, and ineffective metabolic control are predictors of depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus treated in primary care. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2018 Jul 8;39(3):463-70. Doi: [10.1007/s13410-018-0667-5](https://doi.org/10.1007/s13410-018-0667-5)
6. Aguiar FLX da S, Ramos LFP, Bichara CNC. Detecção de dor com características neuropáticas em pacientes com diabetes mellitus atendidos em unidades básicas de saúde. *BrJP*. 2018;1(1):15-20. Doi: [10.5935/2595-0118.20180005](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180005)
7. Lima LR, Stival MM, Funghetto SS, Silva ICR, Rehem TCMSB, Santos WS, et al. Neuropatia e dor nos membros inferiores: sinais percussores do pé diabético. In: Parisi MCR, Leite CR, Rosa MFF. *Interdisciplinaridade no contexto das doenças dos pés no diabetes: tratamento clínicos, políticas públicas e tecnologias em saúde*. 1a ed. São Paulo: Universitária;1. 2021. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/08/livro-interdisciplinaridade-pes-diabeticos.pdf>
8. Souza MGM, Teixeira LD, Freitas SLS, Gaudêncio EO. Associação entre depressão e doenças crônicas na terceira idade: revisão literária. *Anais VI CIEH... Campina Grande: Realize Editora, 2019.*
9. Souza ALV, Moreira AM, Xavier ATF, Chaves FA, Torres HC, Hitchon MES, et al. Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde [Internet]. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: 2022 [cited 2022 January 25] 71p . Available from: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/05/ebook_consulta_de_enfermagem.pdf
10. Nogueira LGF, Nóbrega MML da. Construction and validation of nursing diagnoses for individuals with diabetes in specialized care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(1):54-60. Doi: [10.1590/S0080-623420150000100007](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100007)
11. Marques FRDM, Charlo PB, Pires GAR, Radovanovic CAT, Carreira L, Salci MA. Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(suppl 4). Doi: [10.1590/0034-7167-2020-1171](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171)
12. Stival MM, Lima LR de, Costa MVG da, Volpe CRG, Funghetto SS, Pinho DLM. Risco de glicemia instável em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm UFSM*. 2023; 12:e57. Doi: [10.5902/2179769271452](https://doi.org/10.5902/2179769271452)
13. Herdman TH; Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

14. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359-63. Doi: [10.1590/S0034-89101995000500004](https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004)
15. Baxi H, Habib A, Hussain MS, Hussain S, Dubey K. Prevalence of peripheral neuropathy and associated pain in patients with diabetes mellitus: Evidence from a cross-sectional study. *J Diabetes Metab Disord*. 2020;19(2):1011-1017. Doi: [10.1007/s40200-020-00597-y](https://doi.org/10.1007/s40200-020-00597-y).
16. Hozumi J, Sumitani M, Matsubayashi Y, Abe H, Oshima Y, Chikuda H, et al. Relationship between Neuropathic Pain and Obesity. *Pain Research and Management*. 2016;2016:2487924. Doi: [10.1155/2016/2487924](https://doi.org/10.1155/2016/2487924).
17. Azevedo TF. Qualidade do sono em pessoas com diabetes durante o distanciamento social na pandemia da covid-19. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/24413>
18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019/2020 [Internet]. São Paulo; [cited 2023 set 01]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
19. Negreiros BA de, Feitosa YP, Ribeiro YCF, Pereira Junior JL. Psychotic disorders associated with the climate period. *RSD*. 2021;10(10):e371101018061. Doi: [10.33448/rsd-v10i10.18061](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18061).
20. Chopera P, Mbambo SG, Matsungo TM. Relationships of depression and anxiety to readmission rates among patients with diabetes from Harare and Parirenyatwa referral hospitals in Zimbabwe. *Afr Health Sci*. 2021;21(3):1291-1300. Doi [10.4314/ahs.v21i3.40](https://doi.org/10.4314/ahs.v21i3.40).
21. Lima LR, Stival MM, Funghetto SS, Voipe CR, Silva ICR, Silva CMS, et al. TNF- α levels, hypertension, glycated hemoglobin, and lower limb pain are predictors of diabetic neuropathy. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2023;(43)1:e. Doi: [10.1007/s13410-023-01170-y](https://doi.org/10.1007/s13410-023-01170-y)
22. Didoné LS, Jesus ITM, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Orlandi F, Costa-Guarisco LP, et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73. Doi: [10.1590/0034-7167-2019-0107](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107)
23. Nogueira LGF, Nóbrega MML da. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para indivíduos com diabetes na atenção especializada. *Rev esc enferm USP* 2015;49(1):54-60. Doi: [10.1590/S0080-623420150000100007](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100007)

24. Lira Neto JCG, Silva AP, Araújo MFM, Damasceno MMC, Landim MBP, Freitas RWJF. Controle metabólico e adesão medicamentosa em pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017;30(2):152-8. Doi: 10.1590/1982-0194201700024
25. Ribeiro LCVB, Canha JGPA. Diagnóstico e intervenções de enfermagem em idosos diabéticos de uma instituição de longa permanência sob a luz da Teoria do Autocuidado. *Anais Eletrônicos de Iniciação Científica, Itajubá (MG), Brasil*, 2021.
26. Vieira VAS, Azevedo C, Sampaio FC, Oliveira PP, Moraes JT, Mata LRF. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. *Rev. baiana enferm*. 2017;31(4):e21498. Doi: 10.18471/rbe.v31i4.21498
27. Teixeira AM, Tsukamoto R, Lopes CT, Silva R de CG e. Fatores de risco para glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco relacionados ao diagnóstico de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2893. Doi:10.1590/1518-8345.1688.2893
28. Whitlock EL, Diaz-Ramirez LG, Glymour MM, Boscardin WJ, Covinsky KE, Smith AK. Associação entre dor persistente e declínio de memória e demência em uma coorte longitudinal de idosos. *JAMA Estagiário Med*. 2017;177(8):1146-1153. Doi: 10.1001/jamainternmed.2017.1622.
29. Terassi M, Rossetti ES, Gramani-Say K, Alexandre T da S, Hortense P, Pavarini SCI. Comparação do desempenho cognitivo de cuidadores de idosos com e sem dor crônica. *Rev esc enferm USP*. 2017;51:e03260. Doi:10.1590/S1980-220X2016023203260
30. Terassi M, Bento SR, Rossetti ES, Pavarini SCI, Hortense P. Influência da sobrecarga, estresse e sintomas depressivos na saúde de idosos cuidadores: estudo longitudinal. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220437. Doi:10.1590/2177-9465-EAN-2022-0437pt
31. Silva HCDA, Acioli S, Fuly PSC, Nóbrega MML, Lins SMSB, Menezes HF. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para a pessoa com úlcera do pé diabético. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56:e20220022. Doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0022en
32. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. [Internet]. Brasília; 2016. [cited 2023 set 01]. Disponível em: 62 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf,

Neri YCS, Silva JPR, Menezes AG, Volpe CRG, Funghetto SS, Funez MI, et al

33. Benmaamar S, Lazar N, El Harch I, Maiouak M, Qarmiche N, Otmani N, et al. Depression and anxiety in patients with diabetes in a Moroccan region. *Encephale*. 2022 Dec;48(6):601-606. Doi: 10.1016/j.encep.2021.06.014

34. Portela RA, Silva JRS, Nunes FBBF, Lopes MLH, Batista RFL, Silva ACO. Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(4). Doi: 10.1590/0034-7167-2021-0260

Autor de correspondência

Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia
Centro Metropolitano, lote 01, Sala A1-28/15.
CEP: 72220140. Ceilândia Sul. Brasília, DF, Brasil.
ramosll@unb.br

Óbitos masculinos por agressão no Brasil de 2011 a 2020

Male deaths due to aggression in Brazil from 2011 to 2020

Muertes masculinas por agresión en Brasil de 2011 a 2020

Cátia Suley Palmeira¹, Caroline Leal Gonçalves Bahia², Larissa Luna Quaresma Guerra³, Guilherme Almeida Moral Campos⁴

Como citar: Palmeira CS, Bahia CLG, Guerra LLQ, Campos GAM. Óbitos masculinos por agressão no Brasil de 2011 a 2020. 2023; 12(4): 886-98. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p886a898>

REVISA

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Campus Cabula. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>

2. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Campus Cabula. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0002-1075-5717>

3. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Campus Cabula. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0004-2567-4252>

4. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Campus Cabula. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0008-6088-0229>

Recebido: 22/07/2023
Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos óbitos masculinos por homicídio/agressão no Brasil entre os anos de 2011 a 2020. **Método:** Estudo ecológico descritivo, utilizando dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A população do estudo foi constituída por óbitos em homens com idade ≥ 15 anos causados por agressão. As variáveis (unidade da federação, macrorregião, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade e local de ocorrência) foram analisadas pela estatística descrita. **Resultados:** Entre 2011 e 2020 foram registrados no Brasil 474.635 óbitos masculinos por agressão. A região Nordeste teve a maior frequência de óbitos (41,9%), com a Bahia sendo a mais afetada (26,3%). A principal categoria de agressão foi "disparo por arma de fogo" (81,4%). Jovens entre 20 e 29 anos representaram a faixa etária mais atingida (39,1%), assim como solteiros (73,2%), de cor/raça parda (65,2%) e com quatro a sete anos de estudo (35,6%). **Conclusão:** A mortalidade masculina se apresenta como grave problema de saúde, principalmente entre os mais jovens, solteiros, pardos, com baixa escolaridade, que são vitimados em sua maioria por armas de fogo. Estas mortes ocorrem mais na região onde as condições socioeconômicas e escolaridade são mais precárias.

Descritores: Homens; Mortalidade; Homicídio; Agressão.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of male deaths due to homicide/assault in Brazil between 2011 and 2020. **Method:** Descriptive ecological study, using secondary data from the Mortality Information System, made available by the Information Technology Department of the Unified Health System. The study population consisted of deaths in men aged ≥ 15 years caused by aggression. The variables (federation unit, macro-region, age group, race/color, marital status, education and place of occurrence) were analyzed using the statistics described. **Results:** Between 2011 and 2020, 474,635 male deaths due to aggression were recorded in Brazil. The Northeast region had the highest frequency of deaths (41.9%), with Bahia being the most affected (26.3%). The main category of aggression was "firearm shooting" (81.4%). Young people between 20 and 29 years old represented the most affected age group (39.1%), as well as single people (73.2%), of brown color/race (65.2%) and with four to seven years of study (35.6%). **Conclusion:** Male mortality presents itself as a serious health problem, especially among younger, single, mixed race, with low education, who are mostly victims of firearms. These deaths occur more in the region where socioeconomic conditions and education are more precarious.

Descriptors: Men; Mortality; Homicide; Aggression.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de las muertes masculinas por homicidio/agresión en Brasil entre 2011 y 2020. **Método:** Estudio ecológico descriptivo, utilizando datos secundarios del Sistema de Información sobre Mortalidad, puestos a disposición por el Departamento de Tecnología de la Información del Sistema Único de Salud. La población de estudio estuvo compuesta por muertes en hombres de ≥ 15 años causadas por agresión. Las variables (unidad federativa, macrorregión, grupo etario, raza/color, estado civil, educación y lugar de ocurrencia) fueron analizadas mediante las estadísticas descritas. **Resultados:** Entre 2011 y 2020, se registraron en Brasil 474.635 muertes masculinas por agresión. La región Nordeste tuvo la mayor frecuencia de muertes (41,9%), siendo Bahía la más afectada (26,3%). La principal categoría de agresión fue el "disparo con arma de fuego" (81,4%). Los jóvenes de 20 a 29 años representaron el grupo etario más afectado (39,1%), así como las personas solteras (73,2%), de color/raza parda (65,2%) y con cuatro a siete años de estudio (35,6%). **Conclusión:** La mortalidad masculina se presenta como un grave problema de salud, especialmente entre los más jóvenes, solteros, mestizos, con bajo nivel educativo, quienes en su mayoría son víctimas de armas de fuego. Estas muertes ocurren más en la región donde las condiciones socioeconómicas y educativas son más precarias.

Descritores: Hombres; Mortalidad; Homicidio; Agresión.

Introdução

O fenômeno da violência acompanha todo o trajeto percorrido pela sociedade e pelo contexto histórico e social, configurando-se de maneiras diferentes a depender do cenário.¹ Altos níveis de violência, incluindo homicídios, sobrecarregam fortemente os serviços de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento onde os recursos já são escassos. A violência letal resulta em custos monetários diretos e indiretos para a sociedade e pode impedir o crescimento econômico.²

Sob uma perspectiva global, o Brasil está entre os países mais violentos no mundo, e o segundo da América Latina.² De acordo com o atlas da violência, somente em 2019, foram registrados 41.692 casos de homicídios de homens, sendo 28.982 por arma de fogo, enquanto os homicídios do sexo feminino ficaram em torno de 3.700 casos.³

No tocante à mortalidade por homicídio ter maior número em homens comparado às mulheres, e em adultos jovens e negros, destacam-se as questões culturais e de gênero referentes ao comportamento dos homens que se expõem e se tornam mais vulnerável à violência, seja como autor ou como vítima.⁴ Sob uma perspectiva biológica, a agressividade está relacionada ao sexo masculino, e em grande parte vinculada aos fatores sociais, como o uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo.⁵

O homicídio é considerado um indicador robusto dos níveis de violência dentro dos Estados e significa o óbito de uma pessoa por outra com intenção de causar morte ou lesão grave, por qualquer meio, excluindo a morte por intervenção legal e operações de guerra. Além de tirar a vida de pessoas, também prejudica a vida da família e da comunidade da vítima, transformando-as em “vítimas secundárias”.⁶ Embora o homicídio ocorra com maior frequência em indivíduos que vivem à margem da sociedade e em adultos jovens e negros, ele pode afetar pessoas de diversas classes socioeconômicas, etnias e idade.⁶

Apesar dos homens serem as principais vítimas de homicídios e violência letal no Brasil, há uma lacuna de informações a respeito do perfil e das circunstâncias dessas mortes. Dessa forma, estudos que busquem analisar dados sobre mortalidade para traçar um perfil dos óbitos masculinos por agressão tornam-se relevantes.⁷

Diante desse cenário que traz impactos diretos à saúde pública, é necessário compreender como se dá a distribuição de tais ocorrências, de modo a cooperar com informações para criação de estratégias de prevenção. Assim, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos óbitos masculinos por homicídio/agressão no Brasil entre os anos de 2011 a 2020.

Método

Refere-se a um estudo descritivo, ecológico de série temporal. Foram utilizados dados secundários obtidos por meio de consultas ao SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico www.datasus.gov.br, informações de saúde (TABNET)/epidemiológicas e mortalidade. Os dados foram acessados no dia 20 de dezembro de 2022.

A população do estudo é constituída por óbitos em homens no Brasil, registrados Sistema de Informações de Mortalidade – SIM no período de 2011 a 2020. Foram incluídos homens na faixa etária a partir de 15 anos e alguns tipos de agressão (provocadas por terceiros) considerados mais representativos numericamente (maior que 2000 óbitos).

Foram selecionados os tipos de agressão: agressão enforcamento/estrangulamento/sufocação (X91), agressão objeto cortante ou penetrante (X99), agressão p/meio de um objeto contundente (Y00), agressão por meio de força corporal (Y04), agressão por disparo de arma de fogo de mão (X93), agressão por disparo arma fogo de maior calibre (X94), agressão por disparo outra arma de fogo ou NE (X95). Sendo estas três últimas agressões (X93, X94 e X95) analisada em conjunto como uma única variável denominada agressão por disparo de arma de fogo.

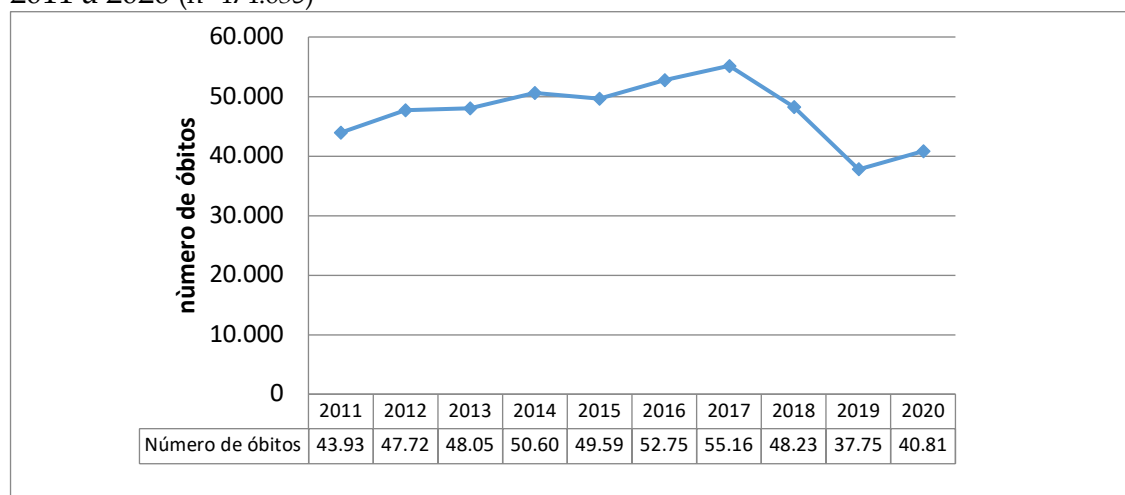
Excluiu-se da análise os casos registrados como ignorados para variável sexo e faixa etária e os tipos de agressões por meios não específicos (Y09). Os óbitos analisados foram referentes aos óbitos por ocorrência. As variáveis selecionadas para análise foram as já existentes no sistema: unidade da federação e Distrito Federal, macrorregiões, faixa etária, estado civil, raça/cor, escolaridade e local de ocorrência. As informações relacionadas às variáveis de interesse foram analisadas por meio da estatística descritiva

Considerando que o estudo utilizou dados de domínio público, não apresentou implicações éticas e morais, dispensando a submissão e autorização do comitê de ética em pesquisa.

Resultados

No período analisado de 2011 a 2020 foram registrados 474.635 casos de óbitos masculinos por agressão no Brasil. Observa-se aumento crescente de 2011 (43.935) até o ano de 2017 (55.163), no qual foi quando mais se registrou óbitos, representando um aumento de 11,6%. Logo após o ano de 2017 até 2019 (37.75; 0,7%) houve um declínio, voltando a crescer após este período (Figura 1).

Figura 1- Óbitos masculinos provocados por agressão no Brasil no período de 2011 a 2020 (n=474.635)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na tabela 1 encontram-se os números de óbitos masculinos por Unidades da Federação (UF) e por macrorregião. Foi evidenciado que a região Nordeste apresenta maior frequência de óbitos (199.336; 41,9%). Nesta macrorregião predomina a Bahia com (52.475; 11,0%), seguida do Ceará, com (35.875; 7,5%), e de Pernambuco (34.703; 7,3%). A UF com menor frequência de morte é o Piauí (5.444; 1,1%). O Sudeste se destaca como segunda maior região com registro de óbitos (119.788; 25,2%), na qual São Paulo apresenta maior frequência (38.204; 8,0%), seguido do Rio de Janeiro, com (34.629; 7,2%). O Sul (52.972; 11,1%) e o Centro-Oeste (43.321; 9,1%), são as regiões que possuem os menores números de óbitos. Observa-se que enquanto ocorreu crescimento percentual do número de mortes entre os anos analisados nas regiões Nordeste (14,2%) e Norte (6,55), houve uma redução nas regiões Sudeste (23,7%), Sul (22,1%) e Centro Oeste (13,5%)

Tabela 01 - Número de óbitos masculinos no Brasil por Unidades da Federação e macrorregião entre 2011 a 2020. Brasil, 2023 (n=474.635)

Região/Unidade da Federação	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Total
Região Norte	10.063	10.486	12.910	14.671	11.088	59.218
Rondônia	782	853	1088	877	761	4.361
Acre	317	401	521	833	541	2.613
Amazonas	2.313	2.089	2520	2812	2621	12.355
Roraima	187	258	307	534	362	1.648
Pará	5467	5.891	6957	8022	5379	31.716
Amapá	411	425	620	655	610	2.721
Tocantins	586	569	897	938	814	3.804
Região Nordeste	35420	40.301	42649	45482	35484	199.336
Maranhão	2934	4.090	24353	3681	3350	18.408
Piauí	875	1.146	1207	1105	1111	5.444
Ceará	5962	8.188	7029	9136	5560	35.875
Rio Grande do Norte	1882	2.701	3100	3676	2511	13.870
Paraíba	2766	2.731	2587	2327	1879	12.290
Pernambuco	6069	2.770	7525	8808	6507	34.703
Alagoas	3953	3.906	3300	3035	2106	16.300
Sergipe	1432	1.874	2564	2266	1835	9.971
Bahia	9547	9.871	10984	11448	10625	52.475
Região Sudeste	26641	27.464	25143	23634	16906	119.788
Minas Gerais	9338	8.097	7911	6521	4717	34.584
Espírito Santo	2931	1.407	2368	2329	1970	12.371
Rio de Janeiro	6791	7.132	7108	8489	5109	34.629
São Paulo	9581	9.462	7756	6295	5110	38.204
Região Sul	10928	10.770	11997	11093	8184	52.972
Paraná	5854	5.085	5160	4340	3405	23.844
Santa Catarina	1351	1.356	1598	1607	1189	7.101
Rio Grande do Sul	3723	4.329	5239	5146	3590	22.027
Região Centro-Oeste	8603	9.637	9653	8520	6908	43.321
Mato Grosso do Sul	1069	1.016	1020	924	772	4.801
Mato Grosso	1723	2.160	2052	1767	1611	9.313
Goiás	4141	4.880	5175	4787	3696	22.679
Distrito Federal	1670	1.581	1406	1042	829	6.528
TOTAL	91655	98.658	102352	103400	78570	474.635

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na tabela 2 está descrito a frequência de óbitos por categoria CID-10 em cada unidade da federação. A categoria predominante foi “disparo por arma de fogo” (368.425; 77,6%), seguida por “objeto cortante ou penetrante” (71.579; 15,0%). Com relação categoria por “disparo por arma de fogo” e unidades federativas, o estado da Bahia se destaca com a maior frequência com (44.171; 9,3%) e Roraima com o menor número de mortes (699; 0,1%).

Quando se compara o número de óbitos entre estas duas UF, a diferença é de 43.472 mortes. No que se refere à categoria “objeto cortante” o estado do Pará se sobressai (6.570; 1,3%) quando comparado aos outros estados. Em São Paulo predomina as categorias “objeto contundente” (4.594; 0,9%), seguido por “enforcamento, estrangulamento e sufocação” (782; 0,1%). O estado do Paraná apresenta a maior frequência da categoria “agressão por meio de força corporal” (910; 0,1%) (Tabela 2).

Tabela 02 - Número de óbitos masculinos no Brasil por categoria CID-10 em cada unidade da federação entre 2011 a 2020. Brasil, 2023 (n=474.635)

Tipo de agressão Categoria CID-10	Disparo de arma de fogo	Objeto cortante ou penetrante	Por meio de um objeto contundente	Enforcamen- to, estrangu- lamento, sufocação	Por meio de força corporal
Capitais					
Rondônia	3.057	992	274	83	25
Acré	1.669	719	137	28	60
Amazonas	8.044	3.134	592	300	288
Roraima	699	611	282	34	22
Pará	23.340	6.570	1.078	257	480
Amapá	1.579	945	171	18	8
Tocantins	2.151	1.306	252	43	52
Maranhão	12.857	4.427	789	130	205
Piauí	3.541	1.498	337	48	20
Ceará	30.552	3.992	831	175	325
Rio Grande do Norte	12.078	1.231	403	93	65
Paraíba	10.252	1.238	496	59	245
Pernambuco	28.007	4.334	1.931	174	257
Alagoas	13.911	1.601	654	96	38
Sergipe	8.388	1.229	202	37	115
Bahia	44.171	5.184	2.160	355	605
Minas Gerais	26.332	5.210	2.069	369	604
Espírito santo	10.190	1.228	745	95	113
Rio de Janeiro	31.617	1.702	596	395	319
São Paulo	25.382	6.621	4.594	782	825
Paraná	17.462	3.978	1.226	268	910
Santa Catarina	4.547	1.650	547	197	160
Rio Grande do Sul	17.851	2.922	827	265	162
Mato Grosso do Sul	2.776	1.717	92	114	102
Mato Grosso	6.261	2.256	652	80	64
Goiás	17.037	4.124	936	227	355
Distrito Federal	4.686	1.230	276	66	270
Total	368.425	71.579	23.149	4.788	6.694

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na tabela 3, observa-se o número de óbitos masculinos por categoria CID-10 por macrorregiões brasileiras. Os óbitos masculinos por “disparo de arma de

fogo” possuem o maior número em todas as regiões, destacando a região Nordeste (163.757; 34,5%). Nesta região predomina também as mortes por “agressão com objeto cortante ou penetrante” (24.734; 5,2%) e por “agressão por meio de força corporal” (1.875; 0,3%). O Sudeste apresenta maior registro de mortes masculinas por “enforcamento, estrangulamento e sufocação” (16.641; 3,5%) e por “agressão por meio de um objeto contundente” (8.004; 1,6%).

Tabela 03 - Número de óbitos masculinos no Brasil por categoria CID-10 nas macroregiões brasileiras entre 2011 a 2020. Brasil, 2023 (n=474.635)

Categoria CID-10	Nordest				Centro-Oeste	Total
	Norte	e	Sudeste	Sul		
X91 - Agressão enforcamento estrangulamento sufocação	763	1.167	1.641	730	487	4.788
93- Agressão disparo de arma de fogo	40.527	163.757	93.521	39.860	30.760	368.425
X99 - Agressão objeto cortante ou penetrante	14.207	24.734	14.761	8.550	9.327	71.579
Y00 - Agressão p/meio de um objeto contundente	2.786	7.803	8.004	2.600	1.956	23.149
Y04 - Agressão p/meio de força corporal	935	1.875	1.861	1.232	791	6.694
TOTAL	59.218	199.336	119.788	52.972	43.321	474.635

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na tabela 4 encontra-se o número de óbitos masculinos por categoria CID-10 segundo as variáveis: cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência do óbito e faixa etária. Os óbitos nos homens de cor/raça parda (309.667; 65,2%) predominaram em todas as categorias CID-10, destacando por “disparo de arma de fogo (243.113; 51,2%). Deve-se salientar o número da cor/raça registrados como ignorados (17.899; 3,7%). Quanto à situação conjugal, chama atenção o número de óbitos maior em homens solteiros (347.437; 73,2%) em todas as categorias. Referente à escolaridade, os homens que possuíam entre quatro a sete anos de estudo foram os mais afetados (169.222; 35,6%). Os dados ignorados com relação a mortalidade de acordo com a escolaridade em homens foram (105.979; 22,3%).

Ainda na Tabela 4, verifica-se que as idades entre 20 a 29 anos (185.752; 39,1%), 30 a 39 anos (110.585; 23,2%) e 15 a 19 anos (80.205; 16,8%), com maior frequência de mortes no sexo masculino, com destaque entre todas as categorias de agressões, sendo por disparo de arma de fogo o maior valor local de ocorrência dos óbitos, destacando-se maior frequência em via pública (222.000; 46,7%), seguido pelos hospitais (109.371; 23,0%). No tocante à via de ocorrência do óbito, chama atenção que foi na via pública onde predominou praticamente todas as categorias de mortes por agressão, exceto por meio de força corporal que prevaleceu no hospital. No tocante à faixa etária chama atenção.

Tabela 04 - Número de óbitos por categoria CID-10 e cor/raça, estado civil, escolaridade, local de ocorrência de óbito e faixa etária, Brasil, 2023 (n=474.635)

Tipo de agressão						TOTAL
Categoria CID-10	Disparo de arma de fogo	Objeto cortante ou penetrante	Por meio de um objeto contundente	Enforcamento, Estrangulamento, sufocação	Por meio de força corporal	
Variáveis						

Cor/raça						
Branca	80.662	17.099	6.615	1.553	2.035	107.964
Preta	29.059	5.444	1.811	392	510	37.216
Parda	243.113	46.195	13.878	2.643	3.838	309.667
Amarela	456	116	48	9	9	638
Indígena	558	515	101	34	43	1.251
Ignorado	14.577	2.210	696	157	259	17.899
Estado civil						
Solteiro	276.173	48.838	14.739	3.201	4.486	347.437
Casado	36.001	7.647	3.171	562	840	48.221
Viúvo	1.524	758	403	91	150	2.926
Separado judicialmente	7.336	2.337	1.117	203	372	11.365
Outro	20.313	4.957	1.075	215	241	26.801
Ignorado	27.078	7.042	2.644	516	605	37.885
Escolaridade						
Nenhuma	10.028	4.569	1.563	218	454	16.832
1 a 3 anos	62.366	14.004	4.234	755	1.322	82.681
4 a 7 anos	136.627	22.338	6.640	1.440	2.177	169.222
8 a 11 anos	73.057	12.187	3.729	1.020	1.177	91.170
12 anos e mais	6.642	1.273	481	221	134	8.751
Ignorado	79.705	17.208	6.502	1.134	1.430	105.979
Faixa etária						
15 a 19 anos	69.965	7.314	1.967	505	454	80.205
20 a 29	154.831	22.264	5.792	1.400	1.465	185.752
30 a 39	82.657	19.449	5.718	1.133	1.628	110.585
40 a 49	36.353	11.601	4.243	688	1.373	54.258
50 a 59	15.950	6.356	2.842	476	942	26.566
60 a 69	6.147	2.940	1.506	295	473	11.361
70 a 79	1.957	1.249	781	191	235	4.413
80 anos e mais	565	406	300	100	124	1.495
Local de ocorrência do óbito						
Hospital	81.556	17.247	6.546	192	3.830	109.371
Outro estabelecimento de saúde	8.057	1.452	306	60	188	10.063
Domicílio	35.723	11.314	2.928	1.339	509	51.813
Via pública	183.347	26.998	8.879	1.391	1.385	222.000
Outros	57.955	14.012	4.257	1.770	761	78.755
Ignorado	1.787	556	233	36	21	2.633

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Discussão

Os resultados apresentados trazem importantes informações acerca do panorama atual dos óbitos masculinos por homicídio/agressão no Brasil entre os anos de 2011 a 2020. O alto número de óbitos encontrados neste estudo demonstra a magnitude da violência no país como uma um meio criminoso de abreviar vidas.

Estudo ecológico sobre mortalidade que analisou tendências e distribuição das taxas de mortalidade por homicídios segundo porte populacional dos municípios brasileiros entre 2000 e 2015, verificou que a mortalidade por agressão em homens têm se mantido elevada no país, com variações regionais importantes, associadas a aspectos sociais, culturais, geográficos e políticos.⁸

O crescente aumento do número de óbitos entre 2011 a 2017 encontrado neste estudo pode ter como uma das justificativas o fato do Brasil ter vivenciado um contexto de intensificação da violência em diversas regiões do país, associado a crises econômicas e políticas.³

Foi ainda observado neste estudo um declínio das mortes entre 2017 a 2019. Segundo o Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA), no atlas de violência de 2020, essa queda pode ser explicada por três fatores principais: o amadurecimento das políticas de segurança pública estaduais, o estatuto do desarmamento pelo suposto armistício, especialmente entre as maiores facções criminosas do norte e nordeste e a subnotificação, presente em casos classificados como “morte violenta com causa indeterminada”. Por outro lado, a instabilidade na redução dos números de mortes nos anos de 2018 e 2019 foi devido ao crescimento e fortalecimento das políticas e correntes sociais pró-armamentista e instabilidade política que refletem na relação entre milícias e facções.³

Neste estudo verifica-se que as mortes em homens por agressão no período analisado apresentaram disparidades regionais, com as regiões Nordeste e Sudeste se destacando como as mais violentas. Estudo que analisou a dinâmica da violência homicida, suas implicações socioeconômicas e institucionais, e ainda as possibilidades causais entre desigualdade e pobreza, também apontou o Nordeste como a região mais violenta.⁴

Considerando a inter-relação entre a violência e condições socioeconômicas da população, pode-se inferir que o fato do Nordeste ter os piores indicadores sociais (baixos Índices de Desenvolvimento Humano - IDH, analfabetismo, pobreza e desigualdade de renda), comparada as demais regiões do país, pode explicar os altos números de morte por agressão em homens.⁹

Coorte ecológica realizada nas regiões Nordeste e Sudeste enfatizou a necessidade de compreender os fatores que contribuem para a elevada mortalidade por homicídios entre homens nestas regiões do Brasil, tendo em vista que isso pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes para reduzir essas taxas.¹⁰

Os achados deste estudo mostram que enquanto nas Regiões Nordeste e Norte ocorreu aumento percentual das mortes por agressão entre os homens, por outro lado verifica-se que houve um declínio nas regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. Estes achados estão de acordo com os dados apontados no Atlas da Violência de 2021.¹¹

Revisão de literatura chama atenção para o fato de que no Nordeste os homicídios atingem com maior predominância as vítimas do sexo masculino, baixo nível de escolaridade, negros, jovens com menos de 30 anos de idade e que possuem baixa renda.⁴ Isso reforça a necessidade de se desenvolver políticas públicas que visem à redução das desigualdades sociais e a promoção de maior justiça social.⁹

No caso do Sudeste, que concentra importantes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, os índices de violência estão associados a fatores como o tráfico de drogas, disputas de território entre gangues e milícias, além da

presença de comunidades marcadas pela exclusão social.¹⁰ De acordo com esses autores, a desigualdade de renda também é uma realidade nessa região, o que pode agravar os problemas sociais e aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos à violência. No Brasil as mortes violentas, principalmente de jovens, vêm aumentando desde a década de 1980 em maior frequência nos grandes centros urbanos, representando uma fatalidade que repercute na dinâmica demográfica, na saúde e no desenvolvimento econômico e social.¹¹

No presente estudo com relação à frequência de óbitos por categoria CID-10 em cada unidade da federação, o destaque foi para a modalidade disparo de arma de fogo em todas as regiões, principalmente com número mais elevado na região Nordeste, seguido da Sudeste. Estudo aponta que em 2017 no Brasil, ocorreram mais de 45 mil mortes por armas de fogo sendo mais da metade entre homens de 15 a 29 anos, e as maiores taxas foram observadas nas unidades da federação de Alagoas, Sergipe e Rio Grande do Norte.¹²

Estudo de coorte ecológica de tendência temporal realizado no período de 1980 a 2014 sobre homicídios masculinos em duas regiões brasileiras destacou a modalidade de arma de fogo como um fator importante que influencia a taxa de mortalidade masculina nos estados brasileiros, sendo que esta variável mostra uma associação significativa com as taxas de homicídio.¹⁰

Estudos globais indicam que as altas taxas de mortalidade por violência por arma de fogo estão intrinsecamente relacionadas à maior disponibilidade de mortes por armas.¹³⁻¹⁴ Pesquisa sobre a associação entre armas de fogo e mortalidade no Brasil entre 1990 a 2017 evidenciou que o Brasil lidera o mundo em número de mortes por esta modalidade e que estas mortes aumentaram no Brasil de 25.819 em 1990 para 48.493 em 2017.¹² Segundo esses autores ocorreu uma mudança na tendência de mortes por esta modalidade após o recolhimento de armas em 2004 e que Unidades da Federação que mais recolheram tiveram índices reduzidos por este tipo de agressão. Outros fatores associados à morte por armas de fogo são a existência de grupos ligados ao tráfico de drogas, roubo de mercadorias e controle de território.¹²

A morte por agressão com objeto cortante ou penetrante também apresentou alta frequência na modalidade. Estudo que avaliou violência letal ocorrida no domicílio no estado de Pernambuco verificou que esta foi a modalidade mais frequente incluindo homens e mulheres.¹⁵ Esses autores justificam a possibilidade deste meio de perpetração ser em função da maior facilidade de acesso a este tipo de arma e diminuição do contrabando de armas de fogo nessas regiões.

No que se refere a variável raça/cor no presente estudo observou-se uma maior frequência de mortes em homens pardos. Pessoas da raça/cor negra (pretas e pardas) tem maior risco de mortes por homicídio do que pessoas brancas independentes da escolaridade.¹⁶ Para os autores, estes dados coincidem com a estrutura da sociedade brasileira, no qual o racismo preestabelecido causa um verdadeiro genocídio da população negra e jovem masculina que em muitas vezes apresentam situações de pobreza e marginalização, as quais estão relacionadas às mortes por agressões. É importante salientar que o grupo em questão pelo seu grau de vulnerabilidade de envolvimento com atos criminosos, poder ser perpetradores ou vítimas.¹⁰

Vale destacar o número elevado de mortes em homens indígenas encontrado neste estudo. Embora a violência contra os povos indígenas sempre

tenha estado presente no Brasil, desde 2000 diversas formas de expressão da mesma como ameaças de morte, lesões corporais e estupro, tem aumentado.¹¹ A literatura aponta que a distribuição espacial dos homicídios de indígenas concentra-se nas regiões Norte e Centro-Oeste, regiões nas quais as tensões e disputas territoriais indígenas são mais comuns, devido ao aumento da invasão ilegal de terras indígenas por garimpeiros e madeireiros.¹⁷ Outro ponto a destacar é que similarmente a população negra brasileira, a população indígena têm os piores níveis de educação e emprego, menos acesso a bens e serviços.¹⁸

Em relação ao estado civil e faixa etária, observa-se predominância das mortes por agressão entre os homens solteiros e adultos jovens. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de pessoas solteiras e mais jovens serem mais propensas a se envolver em eventos violentos. É importante ações preventivas e de saúde pública que visem reduzir as mortes por agressão em homens jovens, especialmente em áreas urbanas e periféricas.¹⁹

Quanto à escolaridade, os achados deste estudo apontam maior mortalidade entre os homens com 4 a 7 anos de estudo, o que é considerado baixa escolaridade. A literatura já tem evidenciado associação da violência com o nível de escolaridade, isto é, quanto menor a escolaridade maior a chances de violência e de morrer por esta causa.¹⁶ Estudo aponta que chances de óbitos são menores em homens com maiores níveis de escolaridades, sendo explicado pela diferença de acesso aos serviços disponibilizados, desigualdade econômica e estilo de vida.²⁰ O alto número de escolaridade “ignorada” encontrada neste estudo prejudicou a análise deste importante indicador socioeconômico e sua relação com o número de óbitos por violência.

Referente à faixa etária, o presente estudo verificou que a maior frequência de mortes ocorreu em homens de 20 a 29 anos, corroborando com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 que apontou maior prevalência de danos sofridos pela violência em jovens de 18 a 29.²¹

No que diz respeito ao local de ocorrência, o presente estudo indicou a via pública como local mais frequente. Ausência de informações mais precisas sobre a localização da ocorrência de óbitos decorrente de homicídios dolosos leva a crer que a predominância em vias públicas pode ser em função de que alguns bairros tenham altos níveis de precariedades socioeconômicas.

As intervenções mais eficazes para reduzir os óbitos por agressão devem abordar a violência como uma crise de saúde pública, considerando-a como um fenômeno resultante de uma combinação de fatores circunstanciais individuais e sociais, incluindo exposição à violência doméstica durante a infância, alta desigualdade, sistemas escolares precários e falta de oportunidades de emprego, entre muitos outros. Nesse contexto, os profissionais de saúde da atenção básica, devem tentar identificar situações de risco e encaminhar adequadamente os casos para as instâncias de apoio e proteção social. A enfermagem pode contribuir para a construção de uma rede de cuidados voltada para a prevenção da violência e para a promoção da saúde da população masculina.

As limitações deste estudo são relacionadas ao uso de dados secundários, e por seguinte sujeito a casos de subnotificações e informações incompletas, que podem impactar diretamente na fidedignidade dos dados. Outra limitação é ainda o número limitado de variáveis registradas no sistema.

Conclusão

As mortes em homens por agressão no Brasil entre os anos de 2011 a 2020 é uma questão preocupante. Durante esse período, houve oscilação entre crescimento (2011 a 2017) e redução (2017 a 2019) e crescimento (2020) dos casos de óbitos registrados. A região Nordeste registrou maior número de óbitos se destacando nesta região os estados da Bahia, Ceará e Pernambuco. A macrorregião Sudeste ocupou o segundo lugar em termo de registro de óbitos, sendo São Paulo e Rio de Janeiro, com as maiores frequências de mortes. O Sul e o Centro-Oeste foram às regiões com os menores números de óbitos.

As mortes por agressão atinge a população masculina de forma desigual, com diferenças entre raça/cor, idade, escolaridade, região geográfica. O principal tipo de agressão que causou o óbito foi o disparo por arma de fogo. Estes dados reforçam a necessidade de implementação e programas de prevenção da violência, em especial do grupo em maior vulnerabilidade.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS de, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc saúde coletiva*, 2020;25(6):2247-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
2. United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. Global Study on homicide, development and the Sustainable Development Goals, 2019. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Meth_Annex_GHS.pdf
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Atlas da violência 2020: principais resultados. Fórum brasileiro de segurança pública. 2020;[s. l.]:20, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2020>
4. Nóbrega Junior JMP. Violência homicida no Nordeste brasileiro: Dinâmica dos números e possibilidades causais. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 2017; 3(10):553-572. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/14563/9823>
5. Secretária de saúde de Manaus - SUSAM. Brasil tem segunda maior taxa de homicídios da América do Sul, diz relatório da ONU. Manaus: Secretária de saúde de Manaus, 2017. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/servico/saudehomem/violencia.php> . Acesso em: 19 jan. 2023
6. World Health Organization - WHO. Homicide: Global Health Estimates (2019 update). Disponível em: <https://apps.who.int/violence-info/homicide> .

7. Novaes RC, Freitas GAP, Beiras A. A produção científica brasileira sobre homens autores de violência - reflexões a partir de uma revisão crítica de literatura. *Barbarói*. 2019;51(1):154-176. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.8313>
8. Soares Filho, A.M, Duarte, E.C, Merchan-Hamann, E. Tendência e distribuição da taxa de mortalidade por homicídios segundo porte populacional dos municípios do Brasil, 2000 e 2015. *Cien Saude Colet*, 2020; 25(3):1147-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19872018>
9. Hissa-Teixeira, Keuler. Uma análise da estrutura espacial dos indicadores socioeconômicos do nordeste brasileiro (2000-2010). *EURE (Santiago)*, 2018;4(131):101-124. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612018000100101>
10. Borges LF, Souza ER de, Ribeiro AP, Silva GW dos S, Silva CMFP da, Santos J dos, et al.. Homicídios masculinos em duas regiões brasileiras: análise do efeito da idade, período e coorte. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(12):e00008719. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008719>
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Atlas da Violência 2021. Forum Brasileiro de Segurança Pública. 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/212/atlas-da-violencia-2021>
12. Malta DC, Soares Filho AM, Pinto IV, Minayo MCS, Lima CMM, Ísis Eloah. Association between firearms and mortality in Brazil, 1990 to 2017: A global burden of disease Brazil study. *Population Health Metrics*. 2020;1 (18.):1-14. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00222-3>.
13. MC Evoy C, Hideg G. Global violent deaths 2017: Time to decide. 2017. E-book. Disponível em: <http://www.smallarmssurvey.org/fileadmin/docs/U-Reports/SAS-Report-GVD2017.pdf>.
14. Naghavi M, Marczak LB, Kutz M, Shackelford KA, Arora M, Miller-Petrie M. et al. Global mortality from firearms, 1990-2016. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2018; 8(320):792-814. DOI:10.1001/jama.2018.10060
15. Silva VAM, Fernandes FECV, Melo RA. Violência letal ocorrida no domicílio: análise segundo grupo etário, sexo e meio de perpetração. *Rev. enferm. UERJ*, 2022;30: e65563. DOI: [10.12957/reuerj.2022.65563](https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.65563)
16. Aiquoc K de M, Souza AMG de, Souza TA de, Medeiros A de A, Barbosa IR. Gender and race inequalities in adolescent and young adult homicide mortality rates: a multilevel ecological analysis of Brazilian municipalities. *Rev bras epidemiol*. 2022;25:e220025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220025>
17. Wanzinack C, Signorelli MC, Shimakura S, Pereira P, Polidoro M, Oliveira L, et al. Indigenous homicide in Brazil: Geospatial mapping and secondary data analysis (2010 to 2014). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019;24(7): 2637-2648. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.23442017>

18. Santos, R. V.; Welch, J. R.; Pontes, A.L; Garnelo, L.; Cardoso, A. M.; Coimbra Jr., C. A. Health of Indigenous peoples in Brazil: Inequities and the uneven trajectory of public policies. In: Oxford Research Encyclopedias of Global Public Health (D. McQueen, Ed.). Oxford, UK: Oxford University Press, 2022 ; s/n: 1-33. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.33>

19. Melo ACM, Silva GDM, Garcia LP. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: Estudo ecológico. Cadernos de Saúde Pública, 2017;s.l(33):2010-2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168316>

20. Batista JV, Lemos MHS, Silva FM, Juatino MRV, Pires AS, Silva WG, Gomes AT. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil, 2014-2018. Research, Society and Development, 2021;10(5):e51710515248. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15248>

21. Minayo MCS, Pinto LW, Silva CMFP. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(9):3701-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>

Autor de correspondência

Caroline Leal Gonçalves Bahia
Rua vila América, n.25. CEP: 40.243-340 -Engelho
Velho de Brotas. Salvador, Bahia, Brasil.
carolleal6@icloud.com

Avaliação de constipação intestinal em estudantes de nível superior em uma universidade do extremo sul catarinense

Evaluation of intestinal constipation in higher level students at a university in the extreme south of catarina

Evaluación del estreñimiento intestinal en estudiantes de nivel superior de una universidad del extremo sur de catarina

Maria Eduarda Concer¹, Lara Canever², Maria Cristina Gonçalves de Souza³, Kristian Madeira⁴, Sarah Galatto Cancillier⁵, Louyse Sulzbach Damázio⁶, Beatriz Tomé⁷, Alexandra Ioppi Zugno⁸

Como citar: Concer ME, Canever L, Souza MCG, Madeira K, Cancillier SG, Damázio LS, et al. Avaliação de constipação intestinal em estudantes de nível superior em uma universidade do extremo sul catarinense. 2023; 12(4): 899-913. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p899a913>

REVISA

1. Universidade Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7531-2899>

2. Universidade Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4760-2426>

3. Universidade Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9365-1272>

4. Universidade Extremo Sul Catarinense, Departamento de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0929-9403>

5. Universidade Extremo Sul Catarinense, Departamento de Nutrição, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9720-5245>

6. Universidade Extremo Sul Catarinense, Laboratório de Psiquiatria Translacional, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0710-2320>

7. Universidade Extremo Sul Catarinense, Laboratório de Psiquiatria Translacional, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0009-0003-9595-0876>

8. Universidade Extremo Sul Catarinense, Laboratório de Psiquiatria Translacional, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6658-6444>

Recebido: 13/07/2023
Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença de CI em estudantes das fases iniciais e finais dos cursos de Medicina, Nutrição e Engenharia Civil de uma Universidade no Extremo Sul Catarinense - Criciúma, através da ingestão alimentar e hídrica, dos tipos de fezes, se fazem uso, ou não, de alternativas de evacuação, comparando os hábitos alimentares com influência na constipação nos estudantes das três diferentes áreas. **Método:** Tal estudo foi realizado através de um questionário adaptado com questões sobre os hábitos de vida do indivíduo, juntamente com os critérios de Roma III, Roma IV e Escala de Bristol. **Resultados:** Caracterizou-se por 158 estudantes, sendo 71,5% (n=113) representam o sexo feminino e apenas 28,5% (n=45), o sexo masculino. A ingestão de líquidos demonstrou-se ser baixa, sendo 33,5% (n=53) ingerem mais que 1600ml/dia. Através da Escala de Bristol, 15,8% (n=25) revelaram evacuar o Tipo 1 e 2, caracterizando CI. Sobre os laxantes, apenas 3,2% (n=5) confirmaram a utilização. Foi verificada CI em 18,6% (n=21) das mulheres e 8,9% (n=4) dos homens. **Conclusão:** a alimentação destacou ser pobre em fibras. É notório que os estudantes sofrem com sintomas de CI. Através do auxílio de um profissional de nutrição, é necessário que equilibrem sua alimentação com fibras, consumem mais água diariamente e, conseqüentemente, auxiliem no bom funcionamento intestinal e na melhora da qualidade de vida.

Descritores: Estudantes; Constipação Intestinal; Ingestão Hídrica; Fibras.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of IC in students in the initial and final stages of Medicine, Nutrition and Civil Engineering courses at a University in the extreme south of Santa Catarina - Criciúma, through food and water intake, types of feces, whether they use, or no, of evacuation alternatives, comparing eating habits with influence on constipation in students from three different areas. **Method:** This study was carried out through a questionnaire answered with questions about the individual's life habits, together with the criteria of Rome III, Rome IV and Bristol Scale. **Results:** Characterized by 158 students, 71.5% (n=113) female and only 28.5% (n=45) male. Liquid intake was low, with 33.5% (n=53) ingesting more than 1600ml/day. Through the Bristol Scale, 15.8% (n=25) revealed to evacuate Type 1 and 2, characterizing CI. Regarding laxatives, only 3.2% (n=5) confirmed their use. CI was found in 18.6% (n=21) of women and 8.9% (n=4) of men. **Conclusion:** the highlighted diet is low in fiber. It is notorious that students suffer from HF symptoms. Through the help of a nutrition professional, it is necessary that they balance their diet with fiber, consume more water daily and, consequently, help in the good intestinal functioning and in the improvement of the quality of life

Descriptors: Students; Intestinal Constipation; Water Intake; Fibers.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la presencia de CI en estudiantes de las etapas inicial y final de las carreras de Medicina, Nutrición e Ingeniería Civil de una Universidad del extremo sur de Santa Catarina - Criciúma, a través de la ingesta de alimentos y agua, tipos de heces, si utilizan, o no, de alternativas de evacuación, comparando los hábitos alimentarios con influencia sobre el estreñimiento en estudiantes de las tres diferentes áreas. **Método:** Este estudio se realizó mediante un cuestionario adaptado con preguntas sobre el estilo de vida del individuo, junto con los criterios de Roma III, Roma IV y la Escala de Bristol. **Resultados:** Se caracterizó por 158 estudiantes, 71,5% (n=113) mujeres y sólo 28,5% (n=45) hombres. La ingesta de líquidos resultó ser baja, con un 33,5% (n=53) ingiriendo más de 1.600 ml/día. A través de la Escala de Bristol, el 15,8% (n=25) reveló evacuar Tipo 1 y 2, caracterizando CI. Respecto a los laxantes, sólo el 3,2% (n=5) confirmó su uso. La CI se verificó en el 18,6% (n=21) de las mujeres y en el 8,9% (n=4) de los hombres. **Conclusión:** la dieta era baja en fibra. Es notorio que los estudiantes padecen síntomas de CI. Con la ayuda de un profesional de la nutrición, es necesario que equilibren su dieta con fibra, consuman más agua diariamente y, en consecuencia, ayuden en el buen funcionamiento intestinal y en la mejora de la calidad de vida.

Descritores: Estudiantes; Estreñimiento; Ingesta de Água; Fibras.

Introdução

O processo de evolução atual muitas vezes determina e condiciona o estilo de vida que interfere no funcionamento do corpo humano ocasionando disfunções fisiológicas. O estilo de vida representa um dos principais fatores associados ao aparecimento de doenças, as quais podem ser chamadas de “doenças da civilização”, sendo a constipação intestinal parte desse grupo¹.

A constipação intestinal é considerada um problema populacional devido à sua alta prevalência, acometendo um elevado percentual de indivíduos, chegando à 27% da população. Sendo assim, a alta incidência está relacionada à idade, sexo, baixo nível socioeconômico, dieta inadequada, baixa ingestão hídrica, sedentarismo, alterações endócrinas e metabólicas, doenças neurológicas, distúrbios psiquiátricos e causas idiopáticas².

A fisiopatologia da constipação intestinal é multifatorial e complexa, e os sintomas são caracterizados por frequência de evacuação inferior a três vezes na semana, fezes duras, esforço ao evacuar e sensação de evacuação incompleta, por pelo menos seis meses. Apesar de a constipação não apresentar risco à vida, pode causar desconforto e impactar significativamente a qualidade de vida³.

O mesmo autor afirma ainda que a prevalência na população brasileira de constipação intestinal funcional é de 36,8% sendo maior em idosos em relação à idade e no sexo feminino em geral. Além disso, sedentários, pessoas com baixa ingestão hídrica e de fibras, e que possui um baixo nível socioeconômico também fazem parte dessa porcentagem. Os universitários representam um grupo de risco para desenvolvimento de constipação intestinal funcional, por apresentarem nessa fase da vida maior auto responsabilidade, somando a fatores psicossociais e ambientais o quais se encontram, como maus hábitos alimentares e sedentarismo.

Dentre os fatores relacionados com a constipação intestinal, o consumo de fibras é de deveras importância. A adesão do uso continuado de fibras pelos indivíduos não é de fácil consecução, devido ao seu sabor insípido de produtos como farelo de trigo, até a ocorrência de desconforto abdominal, plenitude e flatulência. Porém, sabe-se atualmente da variedade de alimentos fontes de fibras, de boa qualidade e com ótima aceitação. Apesar disso, ainda há concorrência com os laxantes e supositórios, tais produtos fáceis de ingerir e aplicar, de baixo custo e com efeitos imediatos e significativos⁴.

Considerando a alta prevalência de constipação intestinal na população, sendo o jovem universitário um grupo de risco para tal problema, a presente pesquisa traz como problemática os hábitos alimentares, ingestão hídrica e o funcionamento intestinal por estudantes universitários.

Metodologia

Delineamento e Amostra da Pesquisa

A pesquisa é classificada como básica, realizada em campo com dados primários. O presente estudo foi submetido ao CEP da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número do parecer: 3.768.343 e aprovado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número: 26663919.0.0000.0119, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, por ser um projeto de pesquisa que envolve seres humanos. Aqueles que estiveram de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), estando livre para se retirar da pesquisa a qualquer momento.

A população do presente estudo foi composta por acadêmicos matriculados na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) localizada em Criciúma, abrangendo ambos os sexos. Compreende estudantes da 1ª e 8ª fase do curso de medicina, 1ª e 6ª fase do curso de nutrição, 1ª e 8ª fase do curso de engenharia civil (primeira e última fase teórica dos cursos). Com relação ao número (n) inicial, esperava-se uma média de 243 estudantes participando da pesquisa, sendo 90 estudantes de medicina, 74 de nutrição e 79 de engenharia civil, de acordo com as informações disponibilizadas pela coordenação dos cursos. À partir desse (n) inicial, 35 estudantes da engenharia civil 8ª fase, 30 estudantes de medicina 1ª fase e 20 estudantes de medicina da 8ª fase não responderam o questionário. A coleta de dados realizou-se no período de fevereiro a abril de 2020.

Foram incluídos na pesquisa acadêmicos dos cursos de medicina, nutrição e engenharia civil, os quais aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os indivíduos que não concordaram em participar da pesquisa, não respondendo o questionário e, portanto, não assinaram o TCLE. Além disso, excluíram-se os acadêmicos que estavam em outros cursos e fases e os que faltaram no dia da pesquisa.

Obtenção de Dados do Estudo

Aplicou-se um questionário contendo questões relacionadas à constipação: critérios de Roma III⁵ e Roma IV⁶ juntamente com a Escala de Bristol⁷ e aos hábitos de vida dos indivíduos participantes. Todas as perguntas foram objetivas.

Tal questionário foi entregue juntamente com o TCLE, o qual foi assinado pelos participantes: estudantes da 1ª e 6ª fase de nutrição, totalizando 74 acadêmicos e 1ª fase de engenharia civil, com 39 acadêmicos. Esta coleta de dados de forma presencial ocorreu entre 26 de fevereiro até o dia 16 de março de 2020.

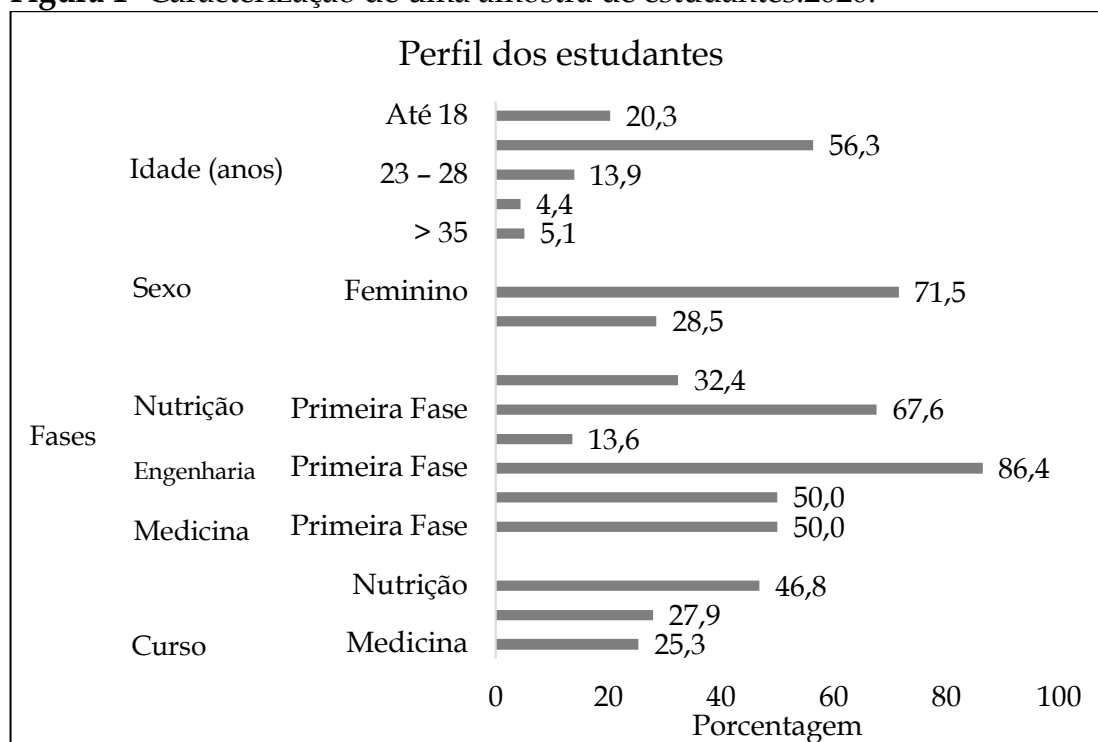
Devido à pandemia da COVID-19 juntamente com a paralisação da Universidade à partir do dia 17 de março de 2020, a coleta de dados realizou-se de forma virtual à partir do dia 01 ao dia 13 de abril de 2020. Através da ferramenta do Google, *Google Forms*, foi possível desenvolver o mesmo questionário de forma online, não alterando assim o instrumento da pesquisa.

Realizou-se contato via *whatsApp* com os líderes das turmas faltantes para a pesquisa (8ª fase de engenharia civil e 1ª e 8ª fase de medicina), solicitando a participação dos mesmos através de um *link*. Ao abrir a página na internet (pelo celular ou computador), os acadêmicos que se disponibilizaram a participar, aceitaram o TCLE e logo responderam ao questionário, com tempo estimado de 3 minutos. Sendo assim, dentre os participantes que responderam de forma online a pesquisa, totalizaram 5 acadêmicos da engenharia civil 8ª fase, 20 acadêmicos de medicina 1ª fase e 20 acadêmicos de medicina 8ª fase.

Resultados e discussão

O presente estudo obteve a amostra de 158 estudantes, dos quais 46,8% (n=74) foram do curso de Nutrição, sendo 67,6% (n=50) estudantes da primeira fase e 32,4% (n=24) da sexta fase. No curso de Engenharia Civil compreendeu 27,9% (n=44) da amostra, sendo 86,4% (n=38) acadêmicos da primeira fase e 13,6% (n=6) da oitava fase. Já o curso de Medicina, resultou em 25,3% (n=40) da amostra, dos quais 50% (n=20) foram da fase inicial e 50% (n=20) da oitava fase. A maioria da amostra foi do sexo feminino, 71,5% (n=113), com apenas 28,5% (n=45) no sexo masculino. A faixa etária entre 18-23 anos foi predominante na amostra, equivalendo a 56,3% (n=89) (Figura 1).

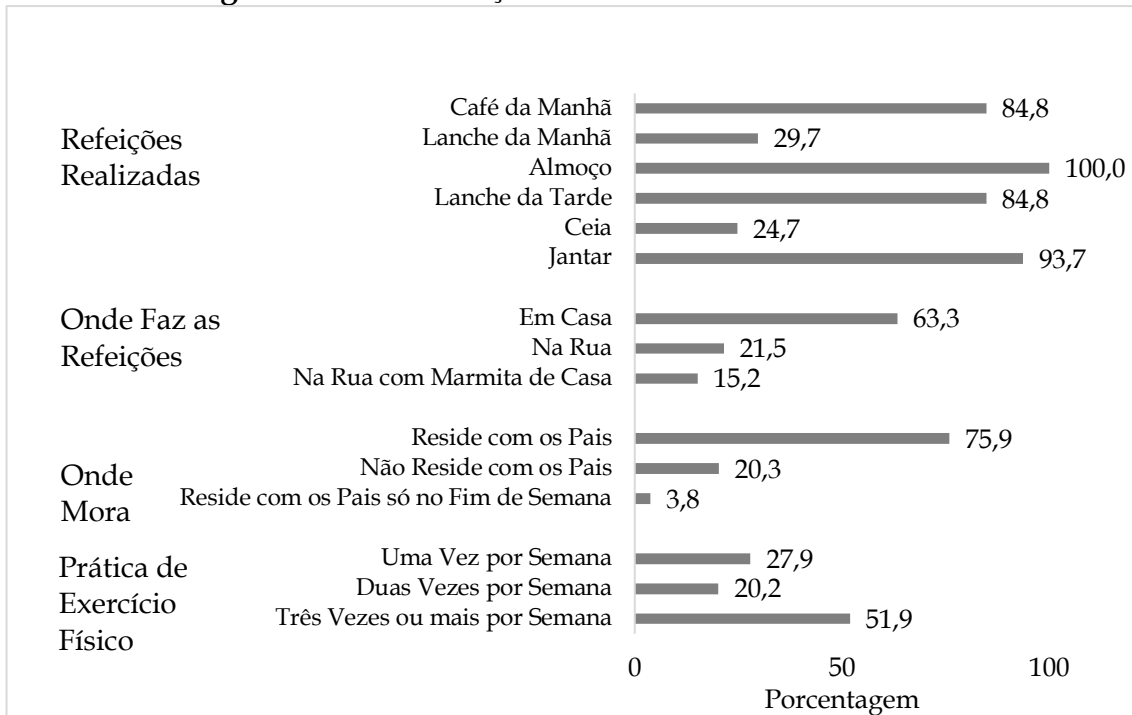
Figura 1- Caracterização de uma amostra de estudantes.2020.



Martinoff e Aquino⁸, realizaram um estudo com universitários nos seus primeiros anos de graduação dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição, para avaliar a Constipação Intestinal e sua relação com o hábito alimentar e estilo de vida dos acadêmicos. A amostra contou com 181 estudantes, sendo 67,9% (123) do gênero feminino e 32,1% (58), masculino. A média de idade foi 20 anos e o gênero feminino também prevaleceu este estudo. Estes dados se assemelham aos da presente pesquisa.

Em relação à prática de atividade física, 65,8% (n=104) da amostra realizam exercício físico, sendo que 51,9% (n=54) praticam três ou mais de três vezes na semana. A maioria dos acadêmicos, 75,9% (n=120), relatou morar com seus pais e realizam as refeições em casa (63,6%, n=100). Sobre as refeições, observou-se que, em média, os estudantes realizam 4 refeições ao dia (4,2020 ± 1,16), sendo 100% (n=158) da amostra relatou que realiza o almoço e apenas 24,7% (n=39) não tem costume de realizar a ceia no fim da noite (Figura 2).

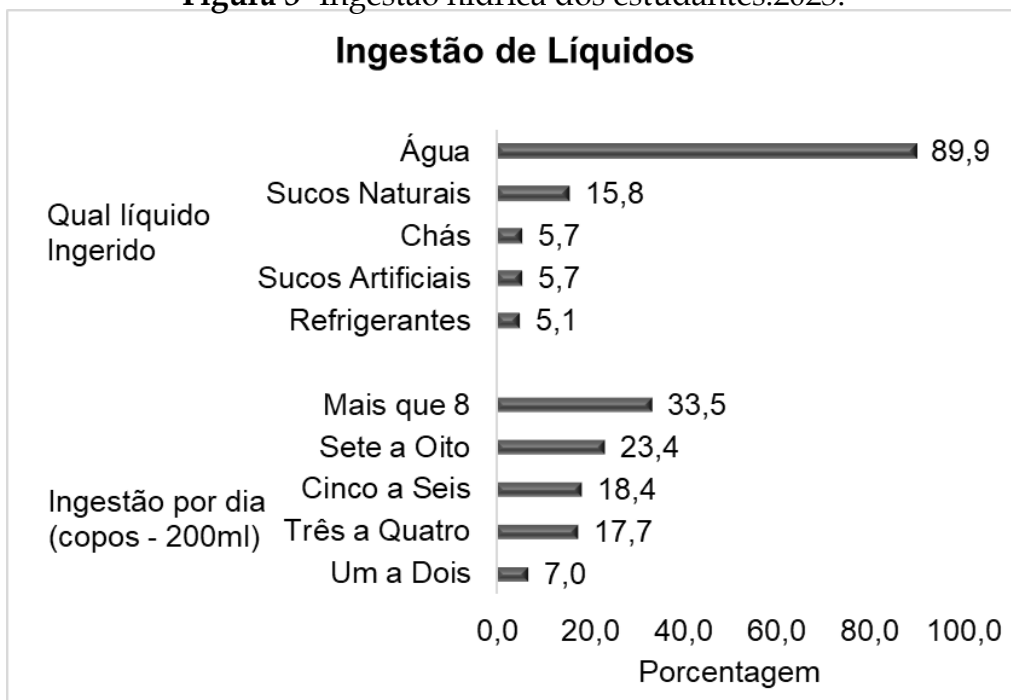
Figura 2-Caracterização de uma amostra de estudantes.



Estudo realizado na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) com 212 acadêmicas da área da saúde demonstrou, sobre os hábitos de vida e constipação, que grande parte das estudantes relataram residir com os pais (35,8%), realizar suas refeições em casa (76,9%), e fazer quatro ou mais refeições diárias (54,7%), achados similares ao desta pesquisa².

A Figura 3 apresenta a ingestão hídrica dos estudantes que participaram da pesquisa. Em relação a ingestão de líquidos, 33,5% (n=53) da amostra ingerem mais que oito copos (200ml) ao dia, totalizando mais que 1600ml/dia. Destes, 89,9% (n=142) ingerem água e uma minoria, 15,8% (n=25) ingerem sucos naturais.

Figura 3- Ingestão hídrica dos estudantes.2023.



Fernandes e Blasi⁹ realizaram uma pesquisa onde foram analisados 534 prontuários do sexo feminino quanto ao consumo de água das pacientes. Entre 19-29 anos: 27,4% (n=56) ingeriam menos que 500ml/dia; 46,3% (n=95) ingeriam entre 500 e 2000ml/dia e 26,3% (n=54) ingeriam mais de 2000ml/dia. Dos 30-39 anos, 24,2% (n=30) consumiam menos que 500 ml/dia, 49,2% (n=61) entre 500 e 2000ml/dia e 26,6% mais de 2000ml/dia. Assim, observa-se que as mulheres apresentaram um baixo consumo de água, pois a maioria ingere entre 500-2000ml/dia, sendo que o ideal seria uma ingestão maior que 2000ml/dia. Semelhante ao presente estudo, a quantidade ingerida de líquido apresentou-se baixa também, sendo 66,5% (n=105) dos acadêmicos do sexo feminino e masculino relataram consumir menos que 1600ml/dia.

Sobre os hábitos alimentares dos acadêmicos, avaliou-se a ingestão de fibras através do consumo de frutas, verduras e alimentos integrais, além de avaliar a ingestão de frituras, associada a uma alimentação inadequada. Sendo assim, demonstrou que 40,5% (n=64) da amostra ingere fruta uma vez ao dia e apenas 3,2% (n=5) ingere mais que três vezes no dia. Em verduras, 28,5% (n=45) dos estudantes ingerem duas vezes as verduras por dia e 16,5% (n=26) não ingere. Nos integrais, 24,1% (n= 38) dos acadêmicos relataram que consomem alimentos fonte de fibras duas vezes ao dia, e com um número equilibrado, 22,8% (n=36) não consomem integrais (Figura 4). Além disso, 33,5% (n=53) da amostra afirma que ingere frituras mais de uma vez por dia e apenas 2,5% (n=4) não ingere (Figura 5).

Figura 4- Ingestão alimentar dos estudantes. 2023.

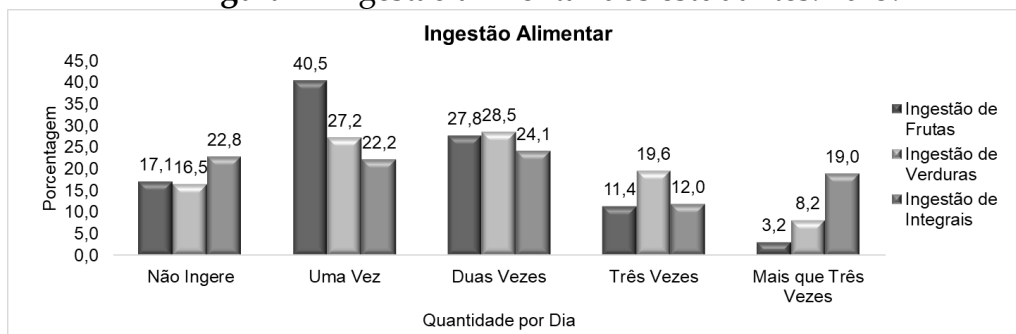
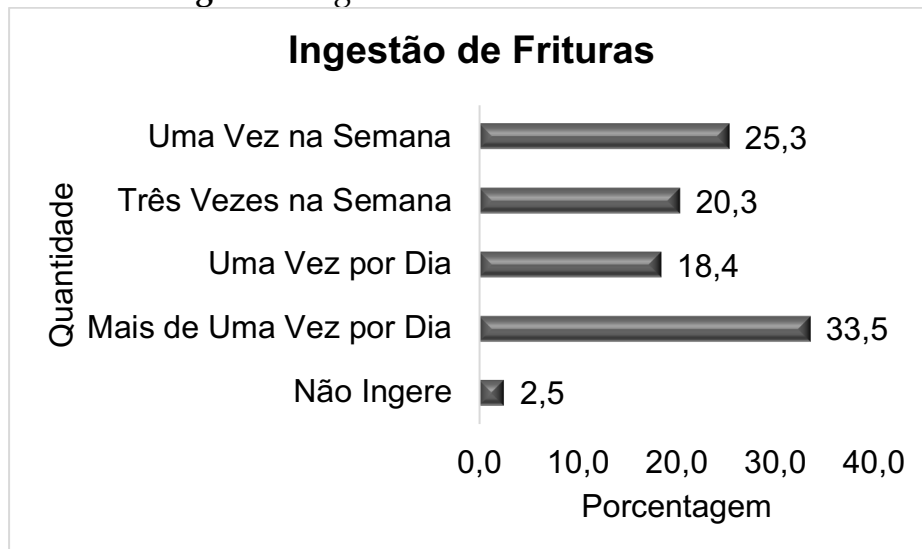


Figura 5- Ingestão alimentar dos estudantes. 2023.

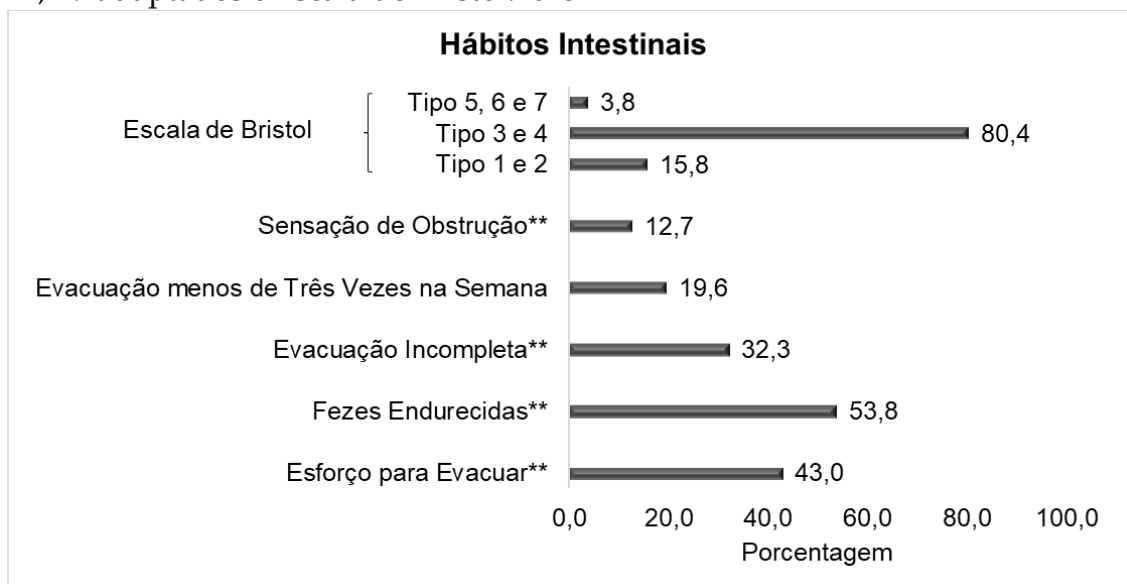


Tais resultados demonstram o quanto a ingestão de fibras é inadequada, com o baixo consumo de frutas três vezes ao dia, o alto número dos indivíduos que não consomem verduras e integrais durante o dia. Ademais, cabe ressaltar o alto número de estudantes que consomem frituras mais de uma vez ao dia, indicando uma alimentação pobre em fibras alimentares.

De acordo com a World Health Organization¹⁰, a recomendação adequada é de 400g/dia, equivalendo a cinco porções diárias de frutas, verduras e hortaliças. Estudo realizado por Olivon et al.³, avaliou 90 universitários de instituições de ensino superior privadas localizadas no município de São Paulo (SP), através de questionário auto administrado com perguntas referentes à idade, sexo, prática de atividade física, tabagismo, peso e altura, curso de graduação, história familiar de constipação, etnia, números de refeições diárias, ingestão de alimentos fonte de fibras e ingestão hídrica. Foi observado, que a maioria dos estudantes realizava 4 refeições ou mais por dia e não ingeriam alimentos fonte de fibras diariamente (52%).

Referente aos hábitos intestinais, segundo os critérios adaptados de Roma III e IV, mais da metade da amostra, 53,8% (n=85) apresentou fezes endurecidas em pelo menos 25% das evacuações. Através da Escala de Bristol, 15,8% (n=25) da amostra relatou evacuar o Tipo 1 e 2 da Escala, o que corresponde às fezes fragmentadas ou em forma de salsicha, duras e segmentadas, resultando em constipação intestinal (Figura 6).

Figura 6- Caracterização dos participantes de acordo com os critérios de Roma III, IV adaptados e Escala de Bristol.2023



**Em pelo menos 25% das defecações.

Rao, Rattanakovit e Patcharatrakul¹¹ em uma pesquisa observou suscetibilidade familiar, com maior prevalência de constipação em mulheres, em mães, filhas e irmãs. A constipação crônica está associada a outros distúrbios gastrointestinais funcionais, como dor no peito, DRGE e dispepsia funcional. Ainda se relaciona ao aumento da prevalência de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, traços obsessivos - compulsivos e somatização. Além disso, a qualidade de vida relacionada à saúde é acentuadamente prejudicada em

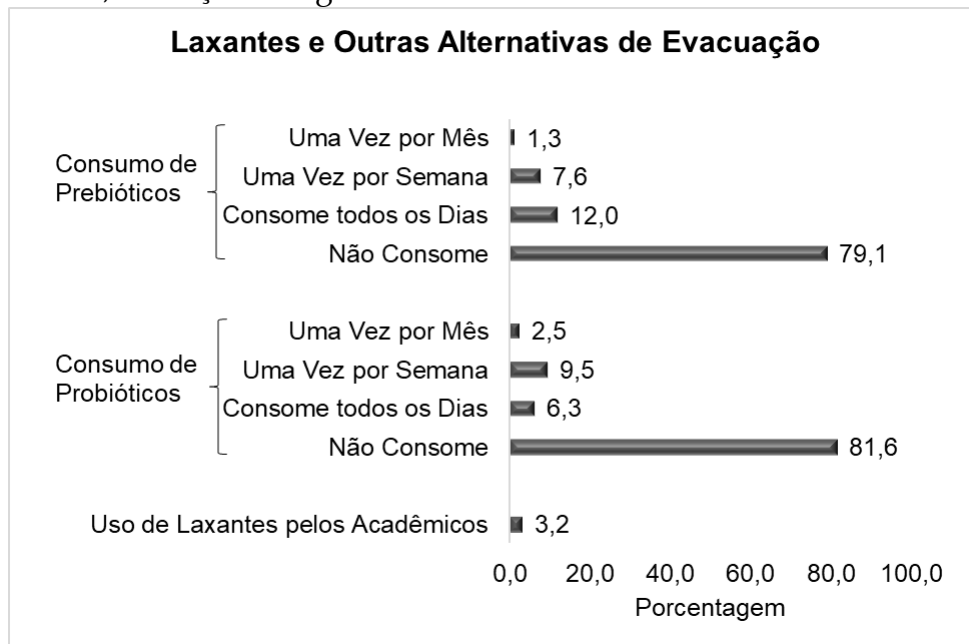
pacientes com defecação dissinérgica e constipação de trânsito lento.

Confirmando o achado na literatura e similar à atual pesquisa, a qual observou, que muitos estudantes sofrem com ansiedade e estresse durante o ano letivo repleto de compromissos, responsabilidades e estudo. Tais fatores afetam diretamente o trânsito intestinal, interferindo na constipação do indivíduo

Ziani, Castro e Lara², destacam que as responsabilidades da vida acadêmica costumam acarretar uma série de modificações na vida destas jovens, em especial, alterações em seus hábitos alimentares, interferindo assim em sua qualidade de vida e constituindo-se um fator de risco para a CI.

Os estudantes foram questionados sobre o uso de laxantes para auxiliar na evacuação e quanto ao uso de outros métodos como consumo de probióticos e prebióticos (Figura 7). Em relação ao uso de laxantes, apenas 3,2% (n=5) da amostra confirmaram a utilização. Poucos foram os que relataram consumir probióticos e prebióticos, sendo que 81,6% (n=129) e 79,1% (n=125) não consomem probióticos e prebióticos, respectivamente.

Figura 7- Uso de laxantes e outras alternativas de evacuação pelos acadêmicos de Medicina, Nutrição e Engenharia Civil. 2023.

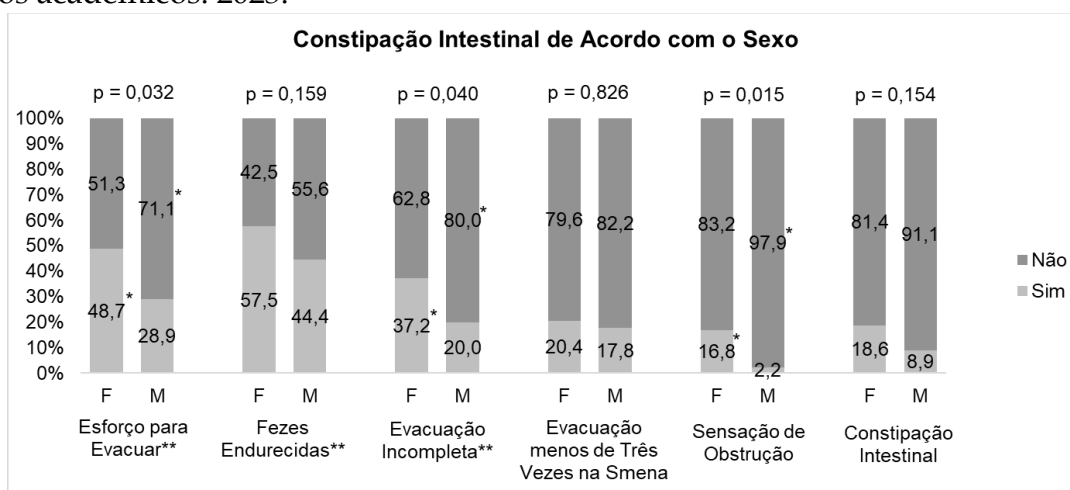


O consumo de drogas laxativas não deve ser estimulado, pois essas irritam a mucosa intestinal e causam dependência, além de interferir na absorção das vitaminas lipossolúveis, caroteno e água. Porém, são frequentemente prescritos para tratar a constipação intestinal de pacientes idosos, jovens e crianças. O uso indiscriminado de laxantes pode levar a alterações estruturais no íleo terminal e cólon¹².

Em um estudo do centro único, randomizado, duplo-cego com 34 mulheres com *Irritable Bowel Syndrome with Constipation* (IBS-C), se verificou que o uso de *Bifidobacterium lactis* em uma porção de 125g de iogurte ingerida diariamente durante 4 semanas teve efeito superior ao placebo na redução da distensão abdominal e do trânsito colônico, conforme medido por teste radiopaco do marcador¹³.

Na presente pesquisa prevaleceu o sexo feminino, correspondendo a n=113, sendo o sexo masculino n=45. Foi verificada CI em 18,6% (n=21) das mulheres e 8,9% (n=4) dos homens. Dentre as variáveis para detectar a CI dos acadêmicos, algumas obtiveram valores estatisticamente significantes. O esforço para evacuar em pelo menos 25% das evacuações, foi relatado por 48,7% (n=55) das mulheres, enquanto 71,1% (n=32) dos homens afirmaram não apresenta essa dificuldade (p<0,05). Ademais, 37,2% (n=42) das mulheres constaram sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações, sendo que 80% (n=36) dos homens relataram que não apresentar essa sensação (p<0,05). Também, na variável sobre sensação de obstrução anorretal em pelo menos 25% das vezes, 16,8% (n=19) das mulheres responderam “sim”, enquanto 97,9% (n=44) do sexo masculino constaram “não” (p<0,05) (Figura 8).

Figura 8- Variáveis para detectar Constipação Intestinal de acordo com o sexo dos acadêmicos. 2023.



†Valores obtidos por meio do teste Exato de Fisher; * Valores estatisticamente significantes após análise de resíduo; Fonte: Autor (2020).

*Em pelo menos 25% das evacuações.

Estudo realizado com estudantes entre 18 e 24 anos, sendo a maior parte da amostra composta por mulheres (72,53%), demonstrou que a prevalência de CI foi de 14% no sexo feminino. Com isso, observou-se que a CI se manifesta mais em mulheres¹⁴ o que também foi constatado nesta pesquisa atual.

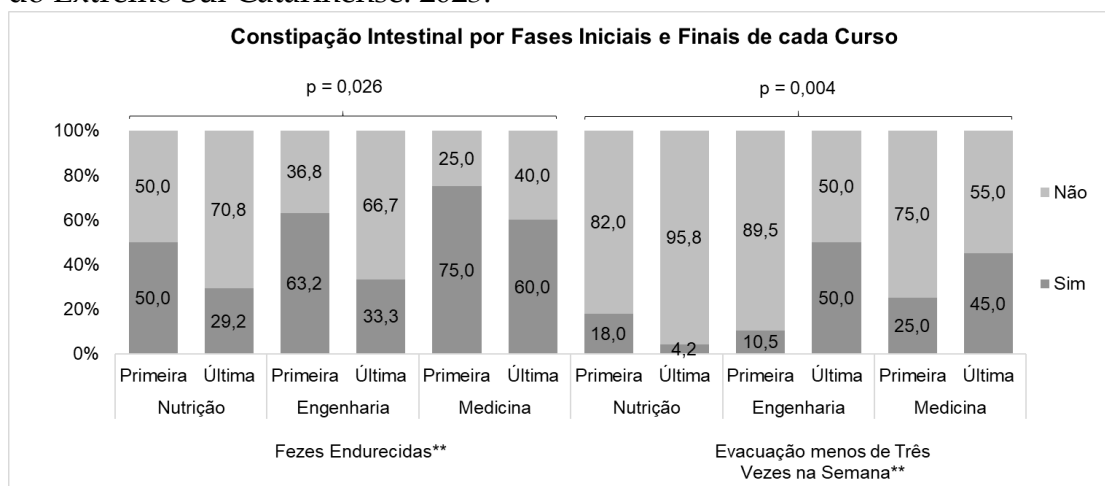
Trisóglgio et al.¹⁵ encontraram em seu estudo que, em algum momento da vida, 72% das mulheres e em 31% dos homens apresentaram sintomas de CI. A maioria dos homens relatou ocorrência na infância, não se estendendo à vida adulta (13%), ao passo que entre o sexo feminino o período de maior prevalência foi o atual, sem acometimento prévio na infância (38%). A taxa geral de prevalência de CI definida mediante preenchimento dos critérios diagnósticos de Roma III foi de 35%; considerando-se a distribuição por sexo, a taxa foi de 55% entre as mulheres e de 18% entre os homens. A maior prevalência de CI entre mulheres foi estatisticamente significativa (p< 0,0001).

Em uma pesquisa realizada com 119 acadêmicos, 54,7% (n=65) apresentaram três ou mais sintomas dos critérios de Roma III, sendo classificados, portanto, com constipação intestinal funcional. Dentre eles, apenas 1 (um) acadêmico respondeu era do sexo masculino, prevalecendo assim, as mulheres constipadas¹⁶.

Dos acadêmicos de Nutrição que não apresentaram fezes endurecidas, 70,8% (n=17) encontram-se na última fase teórica do curso (6ª fase) enquanto os acadêmicos de Medicina que apresentaram fezes endurecidas em pelo menos 25% das evacuações, 75% (n=15), encontram-se na primeira fase do curso (p<0,05). Ademais, dos estudantes de Medicina que referiram evacuação menos de três vezes na semana, 45% (n=9) são da última fase teórica do curso (8ª fase). Em relação ao curso de Engenharia Civil, nenhum resultado demonstrou significância estatística (Figura 9).

Parece que, analisando os resultados do presente estudo, a maioria dos acadêmicos da última fase teórica do curso de Nutrição não apresentam fezes endurecidas por estudarem sobre o assunto e no final da graduação, cuidarem-se melhor da sua saúde intestinal. Já em relação ao curso de Medicina, grande parte dos egressos do curso relatou apresentar este sintoma. Isto pode ser explicado pela fase estressora de início de graduação e todas as responsabilidades que se iniciam.

Figura 9- Variáveis para detectar Constipação Intestinal nas primeiras e últimas fases teóricas dos cursos de Nutrição, Engenharia e Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2023.

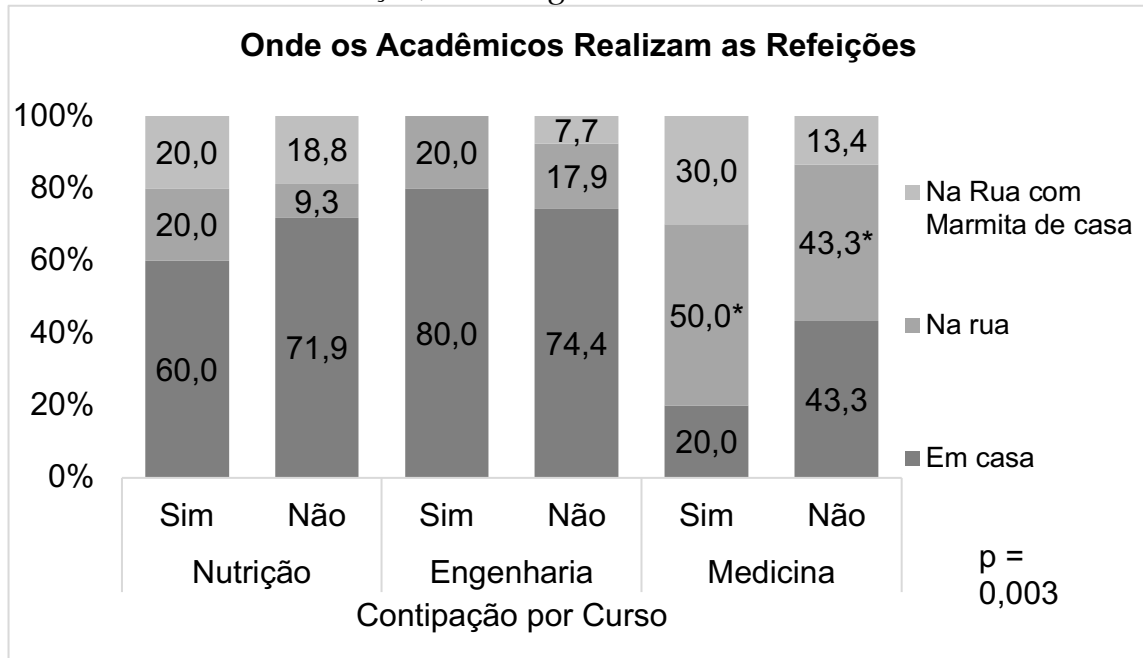


†Valores obtidos por meio do teste Razão de Verossimilhança; * Valores estatisticamente significativos após análise de resíduo; Fonte: Autor (2020).

**Em pelo menos 25% das defecações.

Os achados demonstraram que 50% (n=5) dos 10 acadêmicos de Medicina que são constipados, realizam as refeições fora de casa (na rua) (p<0,05) (Figura 10).

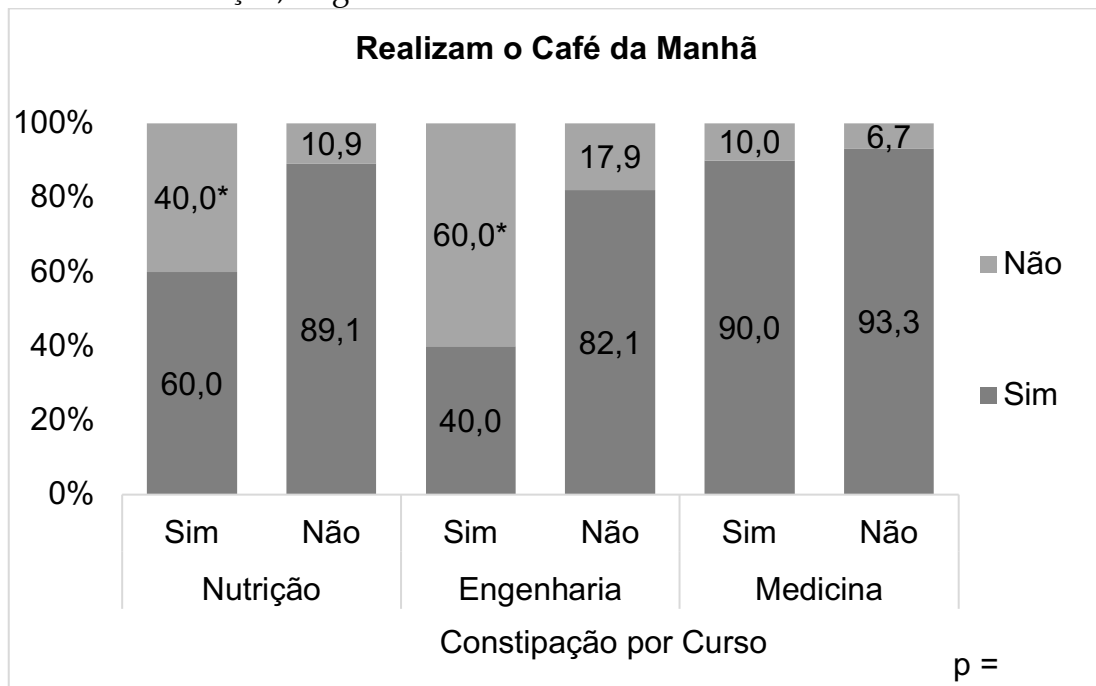
Figura 10- Hábitos alimentares relacionados com a Constipação Intestinal nos cursos de Nutrição, Engenharia e Medicina. 2023.



†Valores obtidos por meio do teste Razão de Verossimilhança; * Valores estatisticamente significativos após análise de resíduo.

Quando questionados sobre as refeições realizadas, 40% (n=4) dos 10 acadêmicos de Nutrição e 60% (n=3) dos 5 acadêmicos de Engenharia Civil, os quais são constipados, relatam não fazer o café da manhã (p<0,05) (Figura 11).

Figura 11- Hábitos alimentares relacionados com a Constipação Intestinal nos cursos de Nutrição, Engenharia e Medicina. 2023.



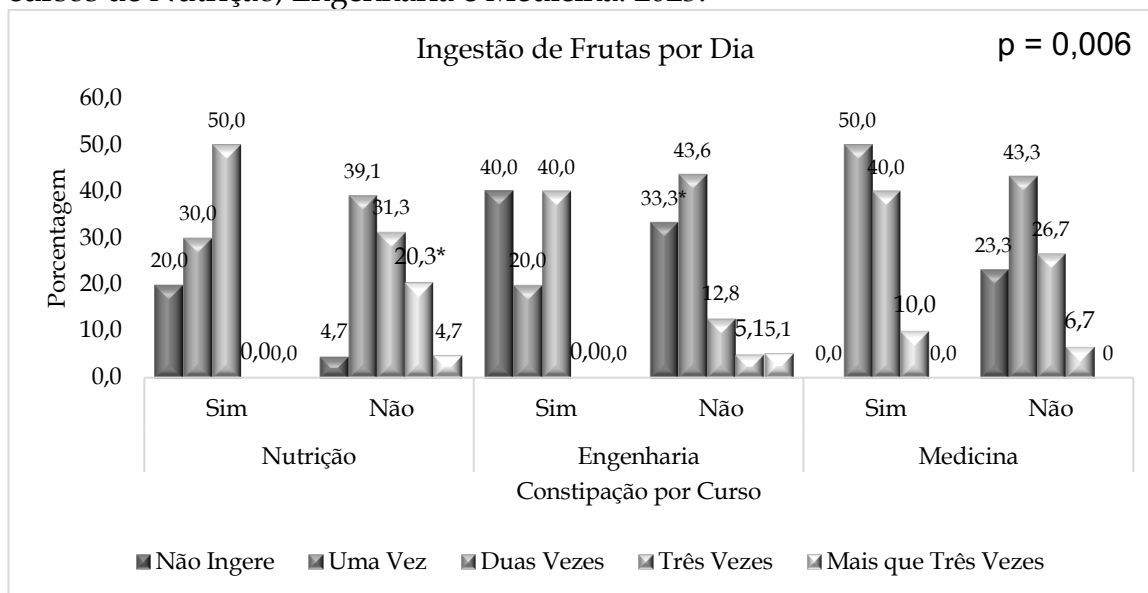
†Valores obtidos por meio do teste Razão de Verossimilhança; * Valores estatisticamente significativos após análise de resíduo; Fonte: Autor (2020).

Em um estudo realizado por Barufaldi *et al.*¹⁸, efetuado em três escolas em cada município do Rio de Janeiro (RJ), Feira de Santana (BA), Botucatu (SP), Campinas (SP) e Cuiabá (MT), uma de administração privada e duas públicas, em diferentes áreas das cidades, demonstrou que 1/5, 18,9% (n=178) dos adolescentes nunca tomavam café da manhã.

Trancoso, Cavalli e Proença¹⁹ relatam que o declínio no consumo de café da manhã está diretamente relacionado com as mudanças no estilo de vida moderno da população, como a quantidade de indivíduos que moram sozinhos, a falta de tempo para realizar as refeições e diversidades no consumo de pratos pelos membros que compõem a família.

De acordo com o Figura 12, sobre as variáveis referentes a ingestão alimentar, dentre os 64 estudantes de Nutrição não constipados, 20,3% (n=13) relataram ingerir frutas três vezes ao dia e, dentre os 39 estudantes de Engenharia Civil não constipados, 33,3% (n=13) não consomem frutas diariamente (p<0,05).

Figura 12- Hábitos alimentares relacionados com a Constipação Intestinal nos cursos de Nutrição, Engenharia e Medicina. 2023.



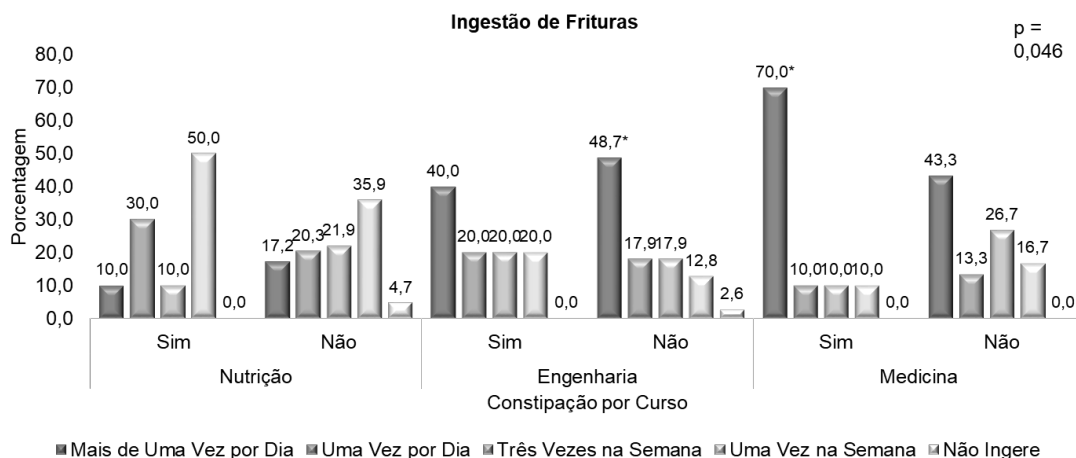
†Valores obtidos por meio do teste Razão de Verossimilhança; Fonte: Autor (2020).

Conforme um estudo realizado por Sant'Ana, Pomini e Souza²⁰, a ingestão de alimentos do grupo dos reguladores, compostos por frutas, legumes e hortaliças, varia. Entre os alunos entrevistados, 40,68% apresentaram um consumo médio de 2 frutas por dia.

Apesar dos resultados encontrados, sabe-se que o consumo de frutas e vegetais, assim como alimentos integrais e ingestão de água adequada, são necessários para o bom funcionamento do organismo, por ativar o peristaltismo intestinal. Entretanto, a constipação intestinal não depende exclusivamente da alimentação, e sim de muitos fatores associados, como fisiológicos, psíquicos, prática de exercícios físico.

Por fim, através do Figura 13, pode-se observar um consumo de fritura considerável pelos acadêmicos do curso de Medicina, sendo que dos 10 estudantes constipados, 70% (n=7) relataram o consumo de frituras mais de uma vez ao dia. Para o curso de nutrição, dos 64 acadêmicos não constipados, 35,9% (n=23) relataram consumir fritura apenas uma vez na semana (p<0,05).

Figura 13- Hábitos alimentares relacionados com a Constipação Intestinal nos cursos de Nutrição, Engenharia e Medicina.2023.



†Valores obtidos por meio do teste Razão de Verossimilhança; * Valores estatisticamente significativos após análise de resíduo; Fonte: Autor (2020).

Um estudo realizado por Zhang et al.²¹, em camundongos, demonstrou que a administração dietética de óleo de fritura prejudicou a função da barreira intestinal, translocação aprimorada de lipopolissacarídeo (LPS) e bactérias do intestino para o sistema circulatório e aumento da inflamação dos tecidos. Os resultados mostraram que a administração dietética de óleo de fritura influenciou o desenvolvimento de doença inflamatória intestinal.

De acordo com Ko et al.²², estudos nos últimos anos sugeriram que o microbioma intestinal no intestino delgado tem um papel na regulação do metabolismo e a resposta aos lipídios da dieta. Como compreensão abrangente de todos os aspectos da função do trato gastrointestinal, é fato claro que a absorção lipídica intestinal está ligada a muitas outras funções no intestino e no resto do corpo.

Considerando a atual pesquisa, a constipação intestinal em acadêmicos que consumiam frituras mais de uma vez ao dia, em comparação com os que consumiam somente uma vez na semana, foi deveras significativa.

Conclusão

Conclui-se que na população da pesquisa prevaleceu o sexo feminino, e nas análises as mulheres prevaleceram em relação à CI. A maioria dos acadêmicos ingerem uma quantidade baixa de líquidos, visto que, o consumo destes é fundamental para o bom funcionamento intestinal. Em relação aos hábitos alimentares, o consumo de fibras através de frutas, verduras e alimentos integrais foi pouco relatado. Além disto, a ingestão de frituras mais de uma vez ao dia foi significativa, cabendo ressaltar o quanto a alimentação inadequada está presente na vida dos estudantes.

A maioria dos indivíduos do estudo apresentou ansiedade e estresse durante o ano letivo, juntamente com alguns critérios de Roma III e Roma IV. No geral, conclui-se que 25 acadêmicos apresentaram CI de acordo com a Escala de Bristol, ademais, a maior parte da amostra não utilizava laxantes, probióticos e

probióticos para melhorar sua evacuação. De modo geral, essa presente pesquisa pode ajudar profissionais da área da saúde, principalmente os nutricionistas, a auxiliar os pacientes que possuem Constipação Intestinal, por meio de estratégias para uma boa alimentação, prevenindo de complicações agudas ou crônicas futuras, e promoção de saúde.

Agradecimentos

Essa pesquisa foi financiada pelos próprios autores.

Referências

1. Garcia LB, Bertolini SNMG. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2016; 9 (1):153-162. Doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n1p153-162>
2. Ziani MM, Castro AAM, Lara S. Prevalência de constipação intestinal em estudantes da área da saúde. *Saúde (santa Maria), Santa Maria*. 2015; 41 (1):201-208. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415419>
3. Olivon ED, Costa JJ, Machado AD, Chaud DMA, Abreu ES. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal funcional em universitários: Prevalence and factors associated with functional constipation in university students. *Ciência & Saúde*. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652x.2016.3.22591>.
4. Machado WM, Capelari SM. Avaliação da eficácia e do grau de adesão ao uso prolongado de fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. *Rev. Nutr. [online]*. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000200006>.
5. Marques GR, Salomon AL. Fatores motivadores da constipação intestinal em idosos: baixa ingestão hídrica e consumo insuficiente de fibras. [Dissertação]. [Porto] Centro Universitário de Brasília – UNICEUB; 2020. 1-19p.
6. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, Simrén M, Lembo A, Young F, Chang L. Chronic constipation. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017; 3 (1): 1-19.
7. WGO, World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. Constipação: uma perspectiva mundial. [<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-portuguese-2010.pdf>]. 2010 [Acesso em 03 set. 2019].
8. Martinoff T, Aquino RC. Avaliação de constipação intestinal e sua relação com hábito alimentar e estilo de vida de universitários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. DOI <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol6n15.538>
9. Fernandes ES, Blasi TC. Constipação intestinal relacionada com ingestão hídrica em mulheres: intestinal constipation related to water intake in women. *Disc. Scientia*. 2010; 11 (1): 53-60.
10. WHO, World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation.

[<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>]. 2003 [Acesso em 03 set. 2019].

11. Rao SSC, Rattanakovit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. DOI <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2016.53>.

12. Lacerda FV, Pacheco MTT. A ação das fibras alimentares na prevenção da constipação intestinal. *Revista Univap*. 2006;13(24): 2466-2469.

13. Menees S, Saad R, Chey WD. Agents that act luminally to treat diarrhoea and constipation. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2012;9(11): 661-674. DO <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2012.162>

14. Cota RP, Miranda LS. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. 2006; 21(4): 296-301.

15. Trisóglgio C, Marchi CMG, Torres US, Natinho JG. Prevalência de constipação intestinal entre estudantes de medicina de uma instituição no noroeste paulista. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(2): 203-209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a12.pdf> . Acesso em: 20 set. 2019.

16. Machio MS, Ewald D. Frequencia de Constipação Intestinal em acadêmicos da área da saúde em uma faculdade da Serra Gaúcha. **III Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG)**. 2015;7(7):906-908.

17. Braz CRS, Lessa NMV. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do curso de Nutrição de um centro universitário de Minas Gerais. *Nutrir Gerais*. 2011;5:740-54.

18. Barufaldi LA, Magnanini MMF, Abreu GA, Bloch KV. Café da manhã: vinculado a consumo e comportamentos alimentares em adolescentes. **Adolescência e Saúde**. 2015;12(2):7-16.

19. Trancoso SC, Cavalli SB, Proença RPC. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. **Revista de Nutrição**. 2010;23(5): 859-869. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732010000500016>.

20. Sant'Ana DMG, Pomini RZ, Souza MCC. Avaliação dos Hábitos Alimentares dos adolescentes de uma escola da rede de ensino da cidade de Umuarama-PR. 2013; 13(1/2/3):25-3.

21. Zhang J, Chen X, Yang R, Ma Q, Qi W, Sanidad KZ, Park Y, Kim D, Decker EA, Zhang G. Thermally Processed Oil Exaggerates Colonic Inflammation and Colitis-Associated Colon Tumorigenesis in Mice. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2019; p. 1-29. DOI <http://dx.doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0226>.

22. Ko, C., Qu, J., Black, D.D. et al. Regulation of intestinal lipid metabolism: current concepts and relevance to disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 17, 169–183 (2020). DOI <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0250-7>.

Autor de correspondência

Louyse Sulzbach Damázio
Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105. CEP: 88806-00-Universitário. Criciúma,
Santa Catarina, Brasil.
louyse3@unesc.net

Representação social da malária na perspectiva dos garimpeiros em Boa Vista – Roraima

Social representation of malaria from the perspective of miners in Boa Vista – Roraima

Representación social de la malaria en la perspectiva de los mineros de Boa Vista – Roraima

Liliana Rocha Fonseca¹, João Luiz Pereira de Araujo², Paulo Sérgio da Silva³, Victor Fernandes Brito⁴, Jaime Louzada⁵

Como citar: Fonseca LR, Araujo JLP, Silva PS, Brito VF, Louzada J. Representação social da malária na perspectiva dos garimpeiros em Boa Vista – Roraima. 2023; 12(4): 914-24. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p914a924>

REVISA

1. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5409-4151>

2. Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3317-2514>

3. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

4. Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-1743-684X>

5. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil.

<https://orcid.org/0000-00018465-0999>

Recebido: 13/07/2023

Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: analisar o núcleo central da representação social acerca da malária na ótica dos garimpeiros e dos indivíduos que exercem atividades laborais em região de garimpo que buscam atendimento no Pronto Atendimento Cosme e Silva em Boa Vista/RR. **Método:** estudo descritivo exploratório de carácter qualitativo delineado por meio da Teoria das Representações Sociais, formulada por Serge Moscovici em 1961. Foram realizadas 72 entrevistas semiestruturadas com garimpeiros. A análise dos dados ocorreu com o auxílio do software OpenEvoC 0.92 desenvolvido pelo Prof. Dr. Hugo Cristo em 2012. **Resultados:** foi constatado que as percepções dos garimpeiros acerca da malária está diretamente relacionada com a sintomatologia da doença, principalmente pelos traumas vivenciados devido a ausência de serviço de saúde disponível no local de trabalho. Enquanto que, as percepções dos garimpeiros sobre o garimpo estão vinculadas a condição econômica deste grupo. **Conclusão:** observa-se que a busca pelo bem-estar financeiro, faz o garimpeiro se submeter às relações extremamente precárias de trabalho, incluindo a exposição ao vetor da malária.

Descritores: Malária; Mineração; Representação Social.

ABSTRACT

Objective: to analyze the central nucleus of the social representation about malaria from the perspective of miners and individuals who carry out work activities in a mining region who seek care at the Cosme e Silva Emergency Room in Boa Vista/RR. **Method:** descriptive exploratory study of a qualitative nature outlined through the Theory of Social Representations, formulated by Serge Moscovici in 1961. 72 semi-structured interviews were carried out with miners. Data analysis took place with the aid of the OpenEvoC 0.92 software developed by Prof. Dr. Hugo Cristo in 2012. **Results:** it was found that the prospectors' perceptions about malaria are directly related to the symptoms of the disease, mainly due to the traumas experienced due to the lack of health services available in the workplace. Meanwhile, the prospectors' perceptions about mining are linked to the economic condition of this group. **Conclusion:** it is observed that the search for financial well-being makes the prospector submit to extremely precarious work relationships, including exposure to the malaria vector.

Descriptors: Malaria; Mining; Social Representation.

RESUMEN

Objetivo: analizar el núcleo central de la representación social sobre la malaria en la perspectiva de mineros y personas que ejercen actividades laborales en una región minera que buscan atención en el Servicio de Emergencia Cosme e Silva de Boa Vista/RR. **Método:** estudio descriptivo exploratorio de carácter cualitativo esbozado a través de la Teoría de las Representaciones Sociales, formulada por Serge Moscovici en 1961. Se realizaron 72 entrevistas semiestruturadas con mineros. El análisis de datos se llevó a cabo con la ayuda del software OpenEvoC 0.92 desarrollado por el Prof. Dr. Hugo Cristo en 2012. **Resultados:** se encontró que las percepciones de los prospectores sobre la malaria están directamente relacionadas con los síntomas de la enfermedad, principalmente debido a los traumas experimentados por la falta de servicios de salud disponibles en el lugar de trabajo. Por su parte, las percepciones de los buscadores sobre la minería están ligadas a la condición económica de este grupo. **Conclusión:** se observa que la búsqueda de bienestar económico hace que el prospector se someta a relaciones de trabajo extremadamente precarias, incluida la exposición al vector de la malaria.

Descritores: Malaria; Minería; Representación Social.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2018 ocorreu cerca de 228 milhões de casos de malária por todo o mundo.¹ No Brasil, a região amazônica é a responsável pela maioria dos casos de infecção por malária, sendo notificados no ano de 2019 cerca de 157.454 casos. No mesmo ano, o estado de Roraima notificou mais de 22 mil novos casos.²

A Malária é caracterizada como uma doença multifatorial, devido aos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais, ambientais e biológicos envolvidos no processo saúde - doença.³ Nesses sentido, ao considerar todos esses fatores, é pertinente pensar que o trabalho em locais endêmicos e insalubres, associado à exposição, a exemplo do garimpo, pode favorecer o adoecimento do garimpeiro que em sua natureza possui múltiplas representações sociais.⁴

A representação é o ato de representar algo ou alguém, para isso, o indivíduo necessita primeiramente conhecer ou ter contato com o objeto ou sujeito para conseguir representá-lo. De acordo com a Teoria das Representações Sociais (TRS) a representação social é gerada pelo processo de ancoragem, que tem a finalidade de transformar algo perturbador em algo familiar, e pelo processo de objetivação que visa a transformação de ideias em prática, isto é, une o não “familiar” com a realidade.⁵ Com esta compreensão conceitual e contextual emerge a necessidade da compreensão das representações sociais dos garimpeiros com as palavras de ordem “malária” e “garimpo”.

Para isso, foram traçados os seguintes objetivos deste estudo: caracterizar o perfil sociodemográfico de garimpeiros e analisar o núcleo central das representações sociais acerca da malária, na perspectiva de indivíduos que exercem atividades laborais em região de garimpo em Roraima.

Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de caráter qualitativo delineado por meio da TRS, formulada por Serge Moscovici em 1961. A estrutura das representações sociais é composta por um sistema central e por um sistema periférico que juntos, compõem o quadro de quatro casas de Vergès⁶ representada na primeira figura. O Sistema central é formado pelo quadrante superior esquerdo, Núcleo Central das representações sociais, no qual inserem-se os elementos mais relevantes para a representação.⁷

1° Quadrante Núcleo Central	2° Quadrante Primeira periferia
3° Quadrante Zona de Contraste	4° Quadrante Segunda periferia

Figura 1- Quadro de quatro casas adaptado de Vergès.

O Sistema periférico é composto pela primeira e segunda periferia. Corresponde ao quadrante superior direito, onde estão os elementos periféricos mais próximos do núcleo central. E o quadrante inferior direito no qual, encontram-se as palavras menos importantes e mais distante do núcleo Central. Por fim, o quadrante inferior esquerdo corresponde à zona de contraste, onde estão as palavras que podem apoiar os elementos da primeira periferia.⁷

Contudo, para compreensão dos dados coletados, o estudo apropriou-se dos elementos do núcleo central, os quais circunscreve o objetivo desta pesquisa. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2021, e teve como campo de pesquisa o laboratório de malária do pronto atendimento referência situado em Boa Vista-RR, Brasil.

Participaram do estudo 72 garimpeiros submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tamanho da amostra se deu a partir das considerações feitas no estudo de Wachelke, Wolter e Matos em 2016. Os autores constataram que amostras inferiores a 50 participantes não são confiáveis, uma vez que podem ocasionar resultados casuais e com alta variabilidade, enquanto amostras de 100 e de 200 participantes apresentam um padrão próximo de resultado.⁸ Posto isso, considera-se as amostras com 50 a 100 participante, adequadas para a obtenção de resultados válidos e satisfatórios.⁸

Os critérios de exclusão foram: os garimpeiros de nacionalidade estrangeira, indígenas e os garimpeiros com apenas 01 episódio de malária, uma vez que o indivíduo necessita primeiramente conhecer ou ter contato com o objeto de pesquisa para conseguir representá-lo.

Os instrumentos de coleta de dados foram: o teste de evocação livre das palavras e a entrevista semiestruturada com questões objetivas para composição do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos participantes. O teste de Evocação Livre das Palavras é uma técnica desenvolvida por Vergès, em 1992, com o intuito de entender a estrutura psicológica dos sujeitos por meio de estímulos indutores verbais e não verbais.⁹ Foram utilizados os termos indutores verbais “malária” e “garimpo” quando cada participante foi orientado a expressar as cinco primeiras palavras que pensadas diante dos termos. Também orientou-se sobre a importância de utilizar palavras isoladas nas respostas aos estímulos.

A análise do conjunto de evocações obtidas nas respostas ocorreu através do programa *OpenEvoc* versão 0.92, desenvolvido pelo Prof. Dr. Hugo Cristo Sant’Anna em 2012. É um programa em português, gratuito e acessível ao computador conectado a internet, permitindo a coleta, importação e exportação de dados.¹⁰ O *software OpenEvoc* permite a construção da estrutura das representações sociais, por meio da análise da frequência em que a palavra é citada pelos participantes e da ordem média de evocação para isso. Então, é necessário transcrever as palavras evocadas para o programa *Excel* da *Microsoft*[®], cruzando um participante por linha e uma evocação por coluna na planilha.¹⁰ Por fim, a investigação se adequou aos princípios éticos envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com registro favorável nº 4.910.312.

Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão dos achados foram organizados em duas dimensões a saber: caracterização do perfil social e demográficos dos garimpeiros e o núcleo central, correspondente as palavras mais importantes da representação social da malária. Tudo isso pode ser evidenciado a seguir:

Perfil sociodemográfico dos participantes

Dos 72 participantes deste estudo, 57 (79,17%) se declararam homens e 15 (20,83%) mulheres, o que dá ênfase a divisão sexista do trabalho de garimpagem, por ser considerada uma atividade “pesada e difícil” pode explicar a prevalência dos homens. Outro fator relevante é a condição conjugal e materna, que pode determinar uma menor frequência das mulheres nas atividades do garimpo, visto que a maioria (48,61%) dos participantes da pesquisa declarou-se solteiro em detrimento de (43,06%) para os casados.

No que concerne à naturalidade, a maioria dos participantes são pertencentes do norte e nordeste do Brasil, o que demonstra a relação histórica com o povoamento do estado de Roraima durante a crise do ciclo da borracha entre os anos 1910 e 1920, evento que estimulou o grande movimento de nordestinos para o território a procura de trabalho, em fazendas e posteriormente nas atividades de mineração.¹¹

Em relação à faixa etária, há uma variação entre os 30 e 39 anos. Prevalendo em minoria os de idade avançada devido a atividade de garimpagem causar efeitos deletérios à saúde, provocados pelo barulho das máquinas, o contato frequente com várias doenças, o esforço físico excessivo e a ausência de equipamento de proteção individual (EPI), facilitando a seleção e permanência de indivíduos mais jovens.

Especificamente, os participantes declararam faturar valores de rendimento mensal mínimo de 2.500 reais e máximo de 75.000 reais. Estabelecendo a média de 12.700 reais mensais, o que corresponde a 10 salários mínimos de acordo com o valor atribuído em 2022 pela Lei 14.358/2022.¹² Nesse sentido, considera-se que o retorno financeiro rápido torna a garimpagem uma atividade atrativa para os trabalhadores em idades mais jovens, o que favorece a interrupção e/ou abandono escolar desse grupo.¹³

Essas informações quando cruzadas com nosso estudo, corroboram com os resultados na medida em que as características dos participantes apresentam predominância do ensino médio completo e do ensino fundamental incompleto. Ainda na perspectiva da baixa escolarização dos participantes, a maioria apresenta como ocupação profissional trabalhos de baixa renda (ex: pedreiro, pintor, motorista e outros) o que pode motivar a procura por trabalho no garimpo.

Pensar as vulnerabilidades em saúde dos garimpeiros na região amazônica se ancora nas baixas condições econômicas, bem como em escolaridade reduzida dos familiares e dos próprios trabalhadores. Esses fatores refletem ainda, na autopercepção de valor social que assente a profissão. Para muitos, a atividade extrativista é um ofício laborioso e que foge ao desejo inicial de sua carreira, se concretizando ao longo dos anos em razão dos benefícios que essa atividade proporciona.¹⁴

Núcleo central da representação social da malária

Na aplicação do teste de evocação livre originou-se 360 palavras referentes ao termo indutor “malária”, iniciando o quadro de quatro casas com frequência média de 0,56 e ordem média de evocação de 3. Os termos foram hierarquizados em ordem decrescente de frequência com sua respectiva ordem média de evocações: O núcleo central das representações sociais consistiu na memória do grupo, reflexões das condições sociais, históricas e valores do coletivo, estabelecendo uma base comum e consensual entre o grupo, estável e resistente a mudanças.¹⁵

Do universo de palavras distintas evocadas pelos participantes da pesquisa em relação ao termo indutor malária, se destaca “dor”, citada 57 vezes ou por 57 participantes, como pode-se observar na segunda figura.

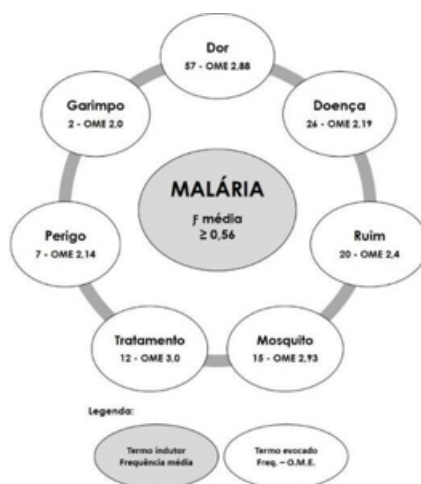


Figura 2- Núcleo Central da representação social da malária.

Os participantes, quando questionados sobre qual dos cinco termos evocados por eles era o mais importante, 19 dos 57 sujeitos que evocaram o termo “dor”, afirmando ser essa a mais importante. Justificada sua escolha pela dificuldade em desenvolver as atividades de garimpagem em sua presença evidenciado nos relatos:

Porque não consigo trabalhar com a dor (Participante 2).

Porque é o pior sintoma da malária (Participante 6).

A dor é muito intensa pelo corpo, nem deixa trabalhar (Participante 17).

A dor é considerada uma experiência desagradável que afeta o indivíduo como um todo, desde um mero desconforto até uma limitação total de suas atividades.¹⁶ Nesse sentido, para o garimpeiro que não possui rendimento mensal fixo, mas auferir um valor definido pelo quantitativo de tempo que permanece no garimpo e pelas horas de trabalho, a dor realmente atrapalha no seu maior objetivo que é ter uma renda.

A presença dos termos “ruim” e “perigo” revelam os sentimentos que o coletivo possui em relação à malária, confirmando as sensações desagradáveis referentes aos sintomas e ao contágio. Dessa forma, é indubitável que a imagem

do garimpeiro continua tendo conotações negativas devido às condições de elevado risco nas quais se desenvolve o trabalho: a violência, falta de segurança da atividade, a participação de mão de obra vulnerável, pouco qualificada e sem amparo legal.¹³

Nesse contexto, os trabalhos realizados em locais precários, com o intuito de gerar um acúmulo de capital e lucro, é um terreno fértil para o sofrimento e o adoecimento dos indivíduos, configurando assim o trabalho como patogênico).¹⁷ A portaria nº 1339/1999 do Ministério da Saúde, classifica a malária com doença ocupacional devido à exposição ao *Plasmodium*, principalmente em atividades de mineração, construção de barragens ou rodovias, extração de petróleo e outras atividades que obrigam a entrada dos trabalhadores em zonas endêmicas.⁴

Ainda orientados pela figura 1, verifica-se a associação do termo indutor “malária” com o seu vetor “mosquito” foi pouco citado, 15 participantes, o que corresponde a 20,8% do total, revelando a ausência de conhecimento por parte dos garimpeiros em relação a forma de transmissão da malária.

Entretanto, quando questionados sobre a forma de transmissão da malária, 79,2% (57 participantes) associam a malária com o seu vetor, mas demonstram insegurança na resposta, relacionando o mosquito com o modo de transmissão incorreto, acreditando ocorrer por via oral ao tomarem água suja. Outros, apresentaram respostas superficiais ou não souberam responder. Um alerta para a manutenção do cuidado e a prevenção da doença. Expõem-se a seguir a transcrição das principais falas:

Eu nem sei responder [...] acho que é pelo mosquito, é o que dizem por aí (Participante 12).

É pela água [...] o cabeça de prego pousa na água e quando a gente bebe essa água pega malária (Participante 27).

Eu não sei responder essa pergunta (Participante 42).

Nesse cenário, o ideal seria que os grupos se apropriassem desse espaço, sobretudo, no que diz respeito à tríade - hospedeiro, agente e meio ambiente, com vista sempre a quebrar a cadeia de transmissão. Pela incipiência dessa apropriação e por consequência ou em razão dela, os cuidados preventivos poderiam ser intensificados pela compreensão a respeito do modo de transmissão.

Para além disso, o desconhecimento sobre os vetores, seus hábitos e *habitat* podem estar associados às reinfecções, uma vez que as medidas de prevenção e uso de EPI's (roupa adequada, repelente, mosquiteiro) não são obrigatórias ou presentes entre essa população.

Por isso, é importante que as unidades de saúde se atentem sobre as informações disseminadas acerca dos vetores e criadouros. É importante, por exemplo, informar que o principal vetor da malária, o *Anopheles darlingi* apresenta hábitos hematofágicos durante a noite, com pico unimodal (meia noite), mas o repasto pode ser bimodal, ou seja, no crepúsculo matutino e vespertino.^{18,19}

Acredita-se que a medida em que o acesso à informação sobre o processo de transmissão é difundido, o comportamento dessa população em região

endêmica para malária poderá sofrer mudanças para a redução da incidência das recidivas da doença. A presença de agentes biológicos patogênicos no garimpo favorece a insalubridade do local e, conseqüentemente, o adoecimento dos garimpeiros. A ausência de serviços de saúde no local impossibilita o diagnóstico e tratamento adequado.

A palavra “tratamento” evocado por 12 participantes da pesquisa, demonstra o desejo pela cura e a busca por medicações com o objetivo de resolver o transtorno gerado pela doença. Esse, entretanto, é demasiadamente difícil ocasionando na maior parte das vezes a automedicação. Esse comportamento é um grande problema de saúde pública devido ao surgimento da resistência à artemisinina e medicamentos associados, em decorrência de uso inadequado, a região amazônica enfrenta uma ameaça significativa especialmente em populações de alta mobilidade e em áreas de difícil acesso associadas à mineração de ouro no Brasil.^{20,21}

Destaca-se ainda, que a associação do termo indutor “malária” com o local de infecção “garimpo” foi insuficiente, sendo o termo garimpo evocado por apenas por 2 participantes, isto é, mais de 97% dos participantes da pesquisa não associam a malária com o garimpo. O desfecho da estrutura do núcleo central da malária é o risco biológico, devido à exposição ocupacional ao agente biológico patogênico, principalmente pela insalubridade do local. De acordo com as quatro classes de risco biológico estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a malária pertence à classe de risco 2 porque provoca infecções no ser humano, tem potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente limitado, e dispõe de medidas profiláticas e terapêuticas eficazes.²²

Pode-se constatar a situação de risco dos garimpeiros por meio dos termos evocados durante a entrevista, sendo citados os termos “doença”, “mosquito”, “garimpo”, “perigo” e “ruim”, apresentados em suas falas:

[...] trabalho com o risco de pegar a malária. Ela não vem atrás de você, é você que vai atrás porque ela está no mato (Participante 46).

O sofrimento é muito ruim, a doença é consequência do ambiente de trabalho (Participante 57).

No núcleo central, encontram-se as palavras mais importantes da representação social do garimpo, descritas nos termos - *dinheiro, trabalho, sobreviver, oportunidade, melhora de vida, emprego e salário* - confirmando a importância do fator econômico para os garimpeiros. Tudo isso, pode ser evidenciado na terceira figura.

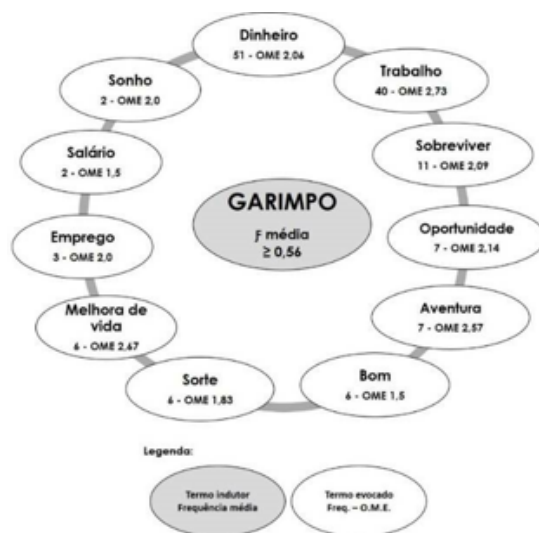


Figura 3- Núcleo Central da representação social do garimpo.

Quando questionados sobre o porquê frequentam o garimpo e por quais motivos decidem retornar ao local, a maioria dos participantes declarou possuir como atividade socioeconômica principal a garimpagem, em razão da não exigência de qualificações e do rápido retorno econômico na dinâmica do trabalho para sobrevivência:¹³

Lá (no garimpo) eu ganho muito mais que aqui na cidade... eu não tenho muita escolha, aqui na cidade ganharia apenas um salário-mínimo e não dá pra viver com esse valor (Participante 03).

Só vou lá (no garimpo) por causa do dinheiro (Participante 04).

Eu vou prá lá porque aqui na cidade não tem emprego e preciso me sustentar. Quero comprar a minha casa em breve e o dinheiro que faço aqui (na cidade) em 1 mês faço em 2 dias lá (no garimpo) (Participante 06).

O dinheiro é pra mudar de vida, lá tem muito pai de família tentando melhorar devida [...]. (Participante 54).

Dentre as cinco palavras evocadas 27 garimpeiros escolheram o termo “dinheiro” como sendo o mais importante, reforçando sua importância para frequentar o local. Um dos motivos que leva muitos dos migrantes a saírem de seu local de origem e irem para o garimpo, são os fatores como a seca e a pobreza, forçando-os a se aventurarem na expectativa de sobrevivência e o sonho de uma vida melhor.²³

Atenta-se que muitas das pessoas que trabalham no garimpo vão na expectativa de gerar melhores condições de vida para a sua família. Nesse contexto, existe uma tendência dos filhos herdarem a posição social dos seus pais. Entretanto, alguns fogem a essa regra, embora, não possuam grandes condições econômicas para oferecer educação escolar de qualidade, muitos de seus filhos rompem esse obstáculo e alcançam a profissionalização.

Vale ressaltar que, no núcleo central da representação social do garimpo não se encontram termos referentes à malária, a insalubridade do local ou as condições precárias de trabalho. Em verdade, demonstra a percepção do garimpo como algo positivo na vida do garimpeiro, como imaginário de produção de

riquezas. O garimpo está para além da exposição das doenças tropicais, haja vista que os garimpeiros residem em barracões ou acampamentos, trabalham em barrancos precários e mergulham com equipamentos inadequados. Além disso, os garimpeiros enfrentam diariamente as dificuldades logísticas desde a entrada de combustível até de alimentos, pelos órgãos de controle, para as áreas de garimpo.²⁴

Ainda sob essas condições, quando questionados sobre a possibilidade de desistência do trabalho no garimpo por causa dos riscos, 52,8% dos participantes declaram não pensar nisso, enquanto, 47,2% declaram pensar em desistir das atividades em algum momento de suas vidas:

Sim, mas sempre que volto aqui na cidade e vejo as dificuldades para conquistar as coisas...aí eu volto (Participante 14).

Desisti...não compensa tanto sofrimento. As vezes penso que vou morrer por lá...porque não tem ajuda quando estamos doentes (Participante 20).

Já pensei, mas não vou desistir agora porque ainda não consegui o meu objetivo que é a minha casa (Participante 23).

Não...nem vejo motivo para isso, é o meu trabalho, a minha vida não posso abandonar tudo que eu tô construindo (Participante 31).

De acordo com o estudo realizado em um garimpo da Amazônia legal, os garimpeiros não demonstraram desejo em abandonar as atividades laborais exercidas por eles no garimpo, mesmo perante as vulnerabilidades que a atividade implica, em razão dos benefícios que essa atividade produz, como o retorno financeiro rápido, a mesma perspectiva observada em nosso estudo.¹⁴ Embora o garimpo seja um espaço insalubre, precário sob vários aspectos desde o transporte até a habitação passando inclusive por periculosidade tanto biológica, exposição a vetores de doenças, quanto química, mercúrio, além do manejo de maquinários sem proteção e ainda a violência por razão de conflitos entre os garimpeiros, indígenas e órgãos oficiais de fiscalização, mesmo assim os garimpeiros não demonstram desejo de abandonar as atividades de garimpagem.

Considerações finais

A pesquisa fortalece o conhecimento empírico construído em torno da garimpagem e dos atores que a executam: homens adultos, entre 30 a 39 anos predominantemente, pardos e pretos, sem acesso ao ensino superior, que ocupavam postos de trabalho com remunerações baixas. O desfecho da estrutura do núcleo central sobre o garimpo é a busca pelo bem-estar financeiro, fato que faz o garimpeiro se submeter às relações extremamente precárias de trabalho. Verifica-se que a ausência de equipamentos de proteção individual e o déficit de práticas seguras de autocuidado favorecem o adoecimento deste grupo.

Dessa forma, considera-se que o termo garimpo desencadeou vários elementos de ancoragem como palavras isoladas ao discurso em torno das condições sociais. Ao representar de forma esquemática a dimensão qualitativa dos elementos associativos ao garimpo, evidenciou-se a sobrevivência, o emprego e a renda como elementos de maior expressividade. Entretanto, o tema

que se revela nas entrelinhas desse discurso e nas evidências das palavras é o risco social ancorado pela relação precária do trabalho num espaço que ora se traduz também em insalubre. Assim, inacabadamente acredita-se que os achados contribuem para o pensar-saber-fazer saúde alicerçados na compreensão da representação social daqueles que circulam por áreas de garimpo em Roraima.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. World Health Organization. World Malaria Report 2019. Geneva: WHO; 2019. 185 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978924156572>.
2. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2020. Boa Vista: SESAU/RR; 2021.
3. Brasil. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria PR nº 1339, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Brasília; 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html >.
5. Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. 5. ed. Guareschi PA, translator. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. 398 p.
6. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizators. As representações sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001. p. 155-171.
7. Vergès P. Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations. EVOC 2000. Versão 5. 2002.
8. Wachelke J, wolter R, matos FR. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. Revista Liberabitv [Internet]. 2016[citado 2023 set 29];22(2):153-160. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a03v22n2.pdf>
9. Coutinho MPL, Nóbrega SM, Catão MFFM. Contribuições Teórico Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In: Coutinho MPL, organizators. Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 50-66.
10. Sant'anna HC. openEvoc: um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In: Avelar L, Ciscon-Evangelista M, Nardi M, Nascimento A, Neto P organizators. Psicologia Social: desafios contemporâneos. Vitória: GM Gráfica e Editora; 2012. p. 94-103.
11. Fellet J. Roraima exporta 194 kg de ouro à Índia sem ter nenhuma mina operando legalmente. BBC News Brasil. São Paulo, 12 de junho de 2019.
12. Brasil. Lei nº 14.358, de 1º de junho de 2022. Dispõe sobre o valor do salário-mínimo. Diário Oficial da União. 1 jun. 2022; 104(seção1):1-1
13. Herraiz AD, Silva M de NS da. Diagnóstico socioambiental do extrativismo mineral familiar (garimpo) na calha do rio madeira, em Humaitá, Amazonas. Revista Pegada. 2016; 16(2):202-226. doi: <https://doi.org/10.33026/peg.v16i2.3892>

14. Nascimento VF, De Jesus WG, Terças-trettel ACP, Hattori TY, Reis JB, Nodari PRG. Vulnerabilidades em saúde de garimpeiros de uma região amazônica. *Revista Enfermería actual de Costa Rica*. 2019; 37:30-49. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34931>
15. Sá CP. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*[Internet]. 1996 [citado 2023 set 29];4(3):19-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>
16. Moraes ABA. Apresentação do dossiê: psicologia e dor. *Temas em psicologia*[Internet]. 2010[citado 2023 set 29];18(2):1-5. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a02.pdf>
17. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; 35(122):229-248. doi: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>
18. Pajot F, Le Pont MD, Molez J, Degallier N. Agressivité d'Anopheles (Nyssorhynchus) darlingi Root, 1926 (Diptera: Culicidae) en Guyane Française. *Cahiers ORSTOM. Série Entomologie Médicale et Parasitologie* [Internet]. 1977 [citado 2023 Set 29];15(1):15-22. Disponível em: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/cahiers/entomo/19097.pdf
19. Charlwood JD, Hayes J. Variações geográficas no ciclo de picada do Anopheles darlingi Root no Brasil. *Acta Amazônica*. 1978;8(4):601-603. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-43921978084601>
20. Pribluda VS, Barojas A, Anez A, López CG, Figueroa R, Herrera R, et al. Implementation of basic quality control tests for malaria medicines in Amazon Basin countries: results for the 2005-2010 period. *Malar J*. 2012;11(202):1-11. doi: 10.1186/1475-2875-11-202
21. Louzada J, Almeida NCV, Araujo JLP, Silva J, Carvalho TM, Escalante AA, et al. The impact of imported malaria by gold miners in Roraima: characterizing the spatial dynamics of autochthonous and imported malaria in an urban region of Boa Vista. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2020;115:1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200043>
22. Brasil. Portaria nº 3.398/2021. Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3398_29_12_2021.html
23. Barroso MAB, Amorim RDS. *Malária no Amazonas: Registros e memórias*. 1. ed. Manaus: Valer; 2017. 460 p.
24. Santos AG, Soares FS. Trabalhadores(as) do ouro na Amazônia condições de vida e de trabalho de garimpeiros (as) na Amazônia Setentrional. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Internet]. 2016 [citado 2023 set 29]. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/ccss/2016/01/oro.html>

Autor de correspondência

Liliana Rocha Fonseca
Universidade Federal de Roraima.
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413. CEP 69310-000 -
Aeroporto. Boa Vista, Roraima, Brasil.
lilianafonseca747@gmail.com

Tecnologia social para a prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas

Social technology for the prevention of foot ulcers in diabetic people

Tecnología social para la prevención de úlceras del pie en personas diabéticas

Nayara Silva Lima¹, Juliana Bezerra do Amaral², Rose Ana Rios David³, Fernanda Araújo Valle Matheus⁴, Fernanda Carneiro Mussi⁵,
Raimeyre Marques Torres⁶

Como citar: Lima NS, Amaral JB, David RAR, Matheus FAV, Mussi FC, Torres RM. Tecnologia social para a prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas. 2023; 12(4): 925-36. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p925a936>

REVISA

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7911-012X>

2. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7465-0183>

3. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1316-2394>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Colegiado de Enfermagem. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7501-6187>

5. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0692-5912>

6. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0190-8830>

Recebido: 13/07/2023
Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: Descrever a construção de tecnologia social para prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, caráter descritivo-exploratório, corresponde a uma pesquisa ação que foi realizada com 11 enfermeiras integrantes da Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Salvador, Bahia, Brasil. Esta pesquisa foi norteada pela perspectiva Crítico-Libertadora de Paulo Freire. **Resultados:** A construção da tecnologia social para prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas se deu com a participação de enfermeiras atuantes na APS, as quais coletivamente propuseram os elementos necessários para compor a planilha online de rastreamento no Google Drive. Tais elementos abarcam as necessidades de identificação do paciente, conhecimento da história clínica, acompanhamento da diabetes e suas possíveis complicações, itens para o rastreamento, além de determinar encaminhamentos. **Considerações finais:** A tecnologia social se constitui como facilmente replicável, de baixo custo e com relevância social. Sua utilização alcança não apenas enfermeiras, mas abrange outros profissionais de saúde, assim como tem impacto direto na qualidade de vida de pessoas com diabetes.

Descritores: Diabetes Mellitus; Úlcera do Pé; Pessoal da Saúde; Tecnologia de Baixo Custo; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the construction of social technology for the prevention of foot ulcers in diabetic people. **Method:** Study with a qualitative approach, with a descriptive-exploratory character, corresponding to action research that was carried out with 11 nurses who are members of the Primary Health Care Network in the city of Salvador, Bahia, Brazil. This research was guided by Paulo Freire's Critical-Liberating perspective. **Results:** The construction of social technology for the prevention of foot ulcers in diabetic people took place with the participation of nurses working in the PHC, who collectively presented the necessary elements to compose the online tracking worksheet on Google Drive. Such elements include the needs for patient identification, knowledge of the clinical history, monitoring of diabetes and its possible complications, items for tracking, in addition to determining the referral. **Final considerations:** Social technology is easily replicable, low cost and socially popular. Its use reaches not only nurses, but also other health professionals, as well as having a direct impact on the quality of life of people with diabetes.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Foot Ulcer; Health Staff; Low-Cost Technology; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Describir la construcción de tecnología social para prevenir úlceras en los pies en personas diabéticas. **Método:** Estudio con enfoque cualitativo, de carácter descriptivo-exploratorio, correspondiente a una investigación-acción que se realizó con 11 enfermeros integrantes de la Red de Atención Primaria de Salud del Municipio de Salvador, Bahía, Brasil. Esta investigación estuvo guiada por la perspectiva Crítico-Liberador de Paulo Freire. **Resultados:** La construcción de tecnología social para prevenir úlceras del pie en personas diabéticas se realizó con la participación de enfermeros que trabajan en la APS, quienes colectivamente propusieron los elementos necesarios para la composición de la hoja de seguimiento en línea en Google Drive. Estos elementos cubren las necesidades de identificación del paciente, conocimiento de la historia clínica, seguimiento de la diabetes y sus posibles complicaciones, elementos de tamizaje, además de determinar derivaciones. **Consideraciones finales:** La tecnología social es fácilmente replicable, de bajo costo y socialmente relevante. Su uso llega no sólo al personal de enfermería, sino también a otros profesionales de la salud, además de tener un impacto directo en la calidad de vida de las personas con diabetes.

Descriptores: Diabetes Mellitus; Úlcera del pie; Personal de Salud; Tecnología de Bajo Costo; Primeros auxilios.

Introdução

Úlcera em pé diabético se caracteriza pela destruição profunda de tecidos ocasionada pela diminuição de fluxo sanguíneo nas extremidades, sendo considerada uma grave complicação de fragilidade tecidual associada ao não controle da diabetes.¹ Essa realidade além de elevar as taxas de morbimortalidade e consequente ocupação de leitos hospitalares, compromete a qualidade de vida das pessoas.²

As úlceras em pés de pessoas diabéticas são a complicação mais comum do diabetes mellitus (DM) e estão diretamente associadas ao alto risco de pé diabético e amputação. Enquanto grave problema de saúde pública, o DM é um problema existente em todo o mundo. Em 2010, a Federação Internacional de Diabetes estimou que até 2025 haveria cerca de 438 milhões de pessoas com essa doença no mundo, contudo, em 2020 já se calcula 25 milhões a mais do que o previsto. Os dados são ainda mais alarmantes se considerarmos que as estimativas para 2030 e 2045 são de 578 milhões e 700 milhões, respectivamente.³

O Brasil, em 2019, tinha mais de 16 milhões de pessoas com diabetes, o que o coloca em quinto lugar no ranking mundial, atrás da China, Índia, Estados Unidos da América e Paquistão.⁴ Embora o Diabetes ocorra em todo mundo, preocupa a projeção de 170% para países em desenvolvimento, onde a doença tende a aparecer em fases mais precoces da vida, ao contrário dos países desenvolvidos onde a doença se desenvolve depois dos 65 anos.⁵ Esses dados mostram que a evolução desta doença, sobretudo em países em desenvolvimento, pode acompanhar por longo tempo a vida das pessoas e ocasionar complicações.

Diversos fatores estão associados ao aumento dos casos de diabetes e contribuem para uma série de repercussões na vida das pessoas. Fatores como o envelhecimento da população, obesidade, urbanização, estilo de vida sedentário, alimentação inadequada, que podem ser atribuídos à celeridade requerida nos tempos modernos, têm contribuído para a ocorrência do diabetes.³ Frente a doença e a convivência prolongada com elevados níveis glicêmicos, há maiores chances no desenvolvimento de complicações, tais como retinopatia, nefropatia, doenças cardiovasculares e neuropatias.² Essas complicações possuem caráter crônico e implicam na qualidade de vida das pessoas com diabetes. Os índices mundiais, por sua vez, têm mostrado que o diabetes pode trazer consequências em diversas áreas e cabe destacar que algumas dessas podem desencadear outras doenças.

Dentre as complicações do diabetes, a neuropatia periférica é uma das mais comuns e responsável pelo pé diabético, situação em que há a perda da sensibilidade, podendo contribuir na formação de úlceras, associado à dificuldade de cicatrização após a ocorrência do dano.⁶ Ainda sobre o pé diabético, o *International Working Group on the Diabetic Foot* define como uma infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de Doença Arterial Periférica (DAP) nos membros inferiores.⁷ Essas alterações, sem devido cuidado, podem se agravar e culminar em amputação do membro. Dentre uma população de 7 milhões de diabéticos brasileiros, estima-se que mais de 400 mil tenham desenvolvido úlceras em pés, o que impacta em mais de 160 mil entradas em hospitais e mais da metade desses resultando em amputações.²

Mundialmente, o custo com úlceras em pé diabético onera os cofres públicos, sendo estimado pela Federação Internacional de Diabetes que nos Estados Unidos, sejam despendidos 28 mil dólares nas admissões que envolvem úlceras.⁸ Esses índices revelam um panorama internacional no qual estima-se que um terço dos indivíduos que convivem com a diabetes desenvolvem úlcera em pés e nacional, onde aponta-se para cerca 9,2 milhões de pessoas com úlcera diabética.⁹⁻¹⁰

Conviver com úlcera em pé acarreta implicações no que se refere à visão corporal das pessoas, podendo assim provocar distorção da sua autoimagem ou ainda devido a agravamentos culminar na amputação.¹¹ Outrossim, o acometimento por úlcera em pé pode trazer repetidas idas à unidade de saúde da Família (USF), para curativo, o que pode ser ainda mais penoso quando o tratamento não é resolutivo, não há humanização no atendimento ou faltam recursos.¹²

Haja visto a possibilidade de agravamento da doença e dos diversos impactos, são necessárias ações preventivas para pessoas diabéticas. A atenção primária à saúde (APS) desponta como cenário privilegiado para a mobilização preventiva. Isso se dá por ser porta de entrada do sistema de saúde, a APS consegue favorecer o desenvolvimento de ações estratégicas focadas nas necessidades do seu público, tais como, as pessoas com diabetes e a prevenção da úlcera em pés.¹³ Neste contexto, a enfermagem possui posição privilegiada para garantir o acolhimento devido seu caráter voltado à integralidade do cuidado.¹⁴ Respalhando esse modelo, as atribuições do enfermeiro indicadas pela Política Nacional de Atenção Básica indicam ações individuais e coletivas, voltadas não somente à reabilitação de doenças, mas também na promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁵

Acredita-se que a construção de uma tecnologia social para o rastreamento do risco de úlceras em pés de pessoas diabéticas no contexto da APS, com a participação ativa de enfermeiros que cuidam de diabéticos em uma unidade distrital de saúde, que poderia contribuir para o desenvolvimento da prevenção de úlceras. Espera-se também que o campo acadêmico contribua para o desenvolvimento de conhecimentos teóricos na prevenção de úlceras nos pés por meio do acompanhamento sistemático desses pacientes diabéticos de risco, especialmente aqueles que abandonaram o tratamento devido à pandemia de Covid-19.

Considerando que a tecnologia social é um método que visa solucionar problemas sociais e melhorar a qualidade de vida de indivíduos e coletivos, a ferramenta deve ser de fácil aplicação, barata e cocriada pelos interessados em seus métodos.¹⁶ Portanto, pretende-se que essa ferramenta criada seja colocada em prática e difundida em diversos espaços da APS para prevenir úlceras e fortalecer o SUS em pacientes com DM.

Considerando este contexto, com fins no direcionamento de ações preventivas, se faz necessário subsídios instrumentais que os direcione para adoção de cuidado focado na prevenção. Deste modo, visando a elaboração de um material que alcance a APS e os profissionais atuantes neste nível de atenção, este estudo tem como objetivo descrever a construção de tecnologia social para prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas.

Método

Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, o qual atendeu aos critérios de consolidação do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) do tipo pesquisa-ação, a qual tem caráter participativo e se organiza em quatro etapas: diagnóstico, planejamento das ações, execução das ações e avaliação.¹⁷⁻¹⁸ O estudo de cunho exploratório e descritivo é utilizado quando se tem o interesse de delinear um determinado fenômeno, proporcionar maior aproximação e torná-lo mais explícito.

Diante da originalidade da tecnologia social, se adequa ao objeto de pesquisa, pois é apropriado para investigação de uma nova área ou assunto, em busca da ampliação do conhecimento desse fenômeno. Além disso, a pesquisa foi norteada pela perspectiva Crítico-Libertadora de Paulo Freire a qual orienta um processo educativo dialógico e problematizador que conjuntamente dê autonomia às pessoas, propiciando reflexão sobre seu fazer.¹⁹

Ademais, seguindo as premissas da pesquisa-ação e do método Paulo Freire, a construção da tecnologia social foi desenvolvida de forma coletiva através de oficinas temáticas de intervenção. As oficinas são procedimentos que, além de garantir a produção de dados para o estudo de forma grupal, buscam trocas de conhecimentos prévios entre as participantes. Nessa pesquisa, esse fazer construiu um saber não só para a pesquisadora, mas para todas as participantes. Assume, desta forma, um caráter político e transformador, na medida em que se constitui como lugar de formação.²⁰ Entende-se enquanto tecnologia social ações ou materiais que, em conjunto com os participantes, sejam capazes de intervir em dada realidade, condição que deve obedecer a uma metodologia participativa e que resulte em um produto replicável e relevante socialmente.

O estudo foi realizado com 11 enfermeiras vinculadas à Atenção Primária à Saúde do Município de Salvador, Bahia, Brasil, pertencente a um dos 12 distritos sanitários da capital, sendo a amostra composta por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão atuar há pelo menos seis meses junto a pacientes diabéticos e foram excluídas aquelas que por motivo de férias ou licenças de qualquer natureza estivessem afastadas das atividades laborais.

Os objetivos primordiais da pesquisa-ação são: identificar problemas, gerar conhecimento acerca da situação levantada; e determinar estratégias para eliminação/minimização dos problemas detectados. Este método é dividido em quatro fases: diagnóstico, planejamento das ações, execução das ações e avaliação.¹⁷

Seguindo os preceitos da pesquisa-ação, a primeira fase, constitui-se em realizar o diagnóstico da realidade a ser pesquisada através do conhecimento do *locus* do estudo, do levantamento da situação e da identificação ou definição dos principais problemas. Esta etapa, ocorreu através de entrevistas individuais no mês de abril de 2022 guiada por formulário semiestruturado questionando contendo questões objetivas e subjetivas sobre os conhecimentos acerca da prevenção do pé em risco em pessoas diabéticas e acerca das experiências das enfermeiras com pacientes diabéticos. As colaboradas foram esclarecidas quanto aos objetivos, riscos e benefícios. Após concordarem em participar do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que a pesquisa seguiu a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa. Foram considerados os princípios da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Após esclarecimentos acerca do objetivo e relevância do estudo, informou-se sobre os aspectos relacionados a não-maleficência. Foi ainda assegurado o anonimato.

A partir dessa etapa identificou-se que as enfermeiras possuíam um conhecimento focado na úlcera, compreendendo seus riscos e que a prática se dava, em sua maioria, em caráter curativista, sendo apontadas dificuldades para realizar ações preventivas. Adiante, iniciou-se a segunda etapa de planejamento das ações, que contribuíram para a solução/equacionamento dos problemas detectados no diagnóstico, assim como os objetivos dessas ações, os meios necessários para alcançá-los e os sujeitos que efetuaram, na qual as participantes foram convidadas para um encontro presencial a fim de construir coletivamente a tecnologia. Neste encontro apresentou-se o diagnóstico situacional, foi definido que os demais encontros ocorreriam pela manhã e tarde, a fim de impactar em menos dias ausentes no trabalho. Além disso, delineou-se as datas e temas, firmando quatro encontros: Encontro 1 - Discussão sobre o pé diabético; Encontro 2 - Levantamento das formas de prevenção de úlcera em pés de pessoas diabéticas e Organização das atribuições profissionais no manejo da tecnologia; Encontro 3 - Criação de tecnologia para rastreamento do risco de úlcera e sorteio para criação do nome da tecnologia; Encontro 4 - Delineamento dos encaminhamentos para pessoas diabéticas com risco de úlcera em pé e elaboração de tutoriais para procedimentos.

A terceira etapa de execução das ações se deu com a implementação das oficinas temáticas para construção coletiva, as quais ocorreram no auditório de uma USF, mediado pela pesquisadora, mestranda e com imersão na temática. Destaca-se que além do debate teórico, os encontros possuíam finalidade de levantar ideias para culminar na criação da tecnologia. A quarta etapa de avaliação, na forma imediata, ocorreu através de uma dinâmica chamada "Que bom, que pena e que tal" que objetiva apreender os pontos positivos, negativos e melhoras, tendo sido aplicada através de um formulário online. As enfermeiras pontuaram positivamente a interação e compartilhamento de saberes, dentre as poucas que sinalizaram aspectos negativos, estes foram relacionados à avaliação ocorrer de maneira remota e sugeriram um almoço durante os encontros e o convite de outras profissionais com expertise na área. No que tange à avaliação mediata que analisa a efetiva utilização da tecnologia pelas participantes, essa ainda será realizada.

A análise dos dados objetivou-se a avaliação integral do processo, bem como os resultados alcançados, com foco para o diagnóstico situacional. Nessa última fase também foram identificados os achados que norteiam o rastreamento do pé em risco em pessoas diabéticas de forma integral. Os dados foram sistematizados de forma concomitante a sua captação, interpretados e posteriormente analisados à luz de dispositivos legais, evidências científicas e políticas públicas no que se refere ao cuidado de pessoas diabéticas.

Resultados

No primeiro encontro, foram pactuadas regras de convivência: desligar ou manter aparelhos celulares em modo silencioso; evitar atrasos e conversas paralelas; respeito às opiniões e expressões; assegurar privacidade e confidencialidade dos relatos pessoais. Ainda, foi discutido o conceito do pé diabético através de uma dinâmica com placas contendo “sim” e “não” para responderem às afirmativas apresentadas. A mediadora expôs as seguintes sentenças: Toda pessoa com pé diabético tem ferida no membro (3 sim e 8 não); Toda a pessoa com pé diabético tem perda de sensibilidade protetora do membro (11 sim e 0 não); A Neuropatia Periférica (NP) afeta mãos e pés (11 sim e 0 não); Toda pessoa com pé diabético tem Doença arterial periférica (DAP) (10 sim e 1 não). Após isso, foi fomentada a discussão solicitando-se que cada enfermeira justificasse sua resposta.

O segundo encontro iniciou recapitulando o último encontro e explanou-se sobre a fisiologia da úlcera, os conceitos de neuropatia e seus subtipos. Posteriormente, foi entregue o Sistema de Estratificação de Risco do IWGDF, *guideline* que fornece elementos para serem considerados na avaliação do risco para úlcera em pés e solicitado que o grupo pensasse formas de prevenção através de uma dinâmica. Nesta, as colaboradoras foram conduzidas, a escrever com base nos seus conhecimentos, pilares da prevenção de úlceras e, posteriormente, solicitada a votação do “Top 5 da prevenção”, ficando: calçado adequado, rede de apoio, acompanhamento profissional adequado, autocuidado e educação em saúde, promovendo comparação com o *guideline* ofertado.

No terceiro encontro, as participantes decidiram coletivamente tratar dos elementos constitutivos da tecnologia, a qual, por votação, adotou-se o uso de planilha online de acesso simultâneo, a fim de permitir inserção de dados dos pacientes por diferentes profissionais. A planilha construída com os elementos que a compõe por ser acessada em https://osf.io/5xkfd/?view_only=150a0f48c075420baabb37912deea62a.

No quarto encontro, os fluxos de atendimentos foram aprimorados e relacionados a cada grau de risco. Definiu-se que todas as pessoas portadoras de diabetes devem receber educação em saúde, através de incentivo ao autocuidado com os pés, orientações nutricionais, adesão à terapia medicamentosa e controle glicêmico.

A partir do grau 1 de risco, insere-se o encaminhamento ao Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências o qual, na Bahia, desempenha ações de reabilitação e possui atenção especial em orientações quanto ao uso de calçados para pessoas diabéticas, inclusive, se necessário dispensando próteses para amputados. Além de avaliar critérios de encaminhamento para o Hospital Alayde Costa, referência em cuidados à pessoas portadoras de doenças renais, a unidade fica localizada no próprio território do distrito.

Àquelas que forem estratificadas como grau 2 e 3 de risco para úlcera em pé, deverão ser encaminhadas para avaliação com especialista em cirurgia vascular e angiologista, sendo com grau 2 acompanhadas trimestralmente e com grau 3 a cada 1 a 2 meses. As consultas devem ser agendadas via Sistema da Secretaria Municipal de Saúde. Deve-se considerar também encaminhamento para o Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia que é uma Unidade de Referência Estadual do SUS.

Discussão

Com fins na construção de tecnologia social para auxílio na prevenção da úlcera em pé diabético foram realizadas oficinas temáticas. Neste ínterim, discutir o conceito de pé diabético, o que se mostrou necessário a partir dos resultados na fase diagnóstica e se reafirmou na dinâmica inicial proposta na oficina 1. Corroborando com esta necessidade de maior conhecimento a respeito da conceituação do agravo, estudo realizado no município brasileiro de Campina Grande com 105 enfermeiras(os) da APS revelou que 51,9% destas não conseguiram definir o pé diabético de maneira correta, mas, em contrapartida, 88,7% conheciam sobre a prevenção de ulcerações.²¹ Tal situação apresentada revela o quão atrelado está, na perspectiva das enfermeiras, o pé diabético e a presença de úlceras.

Essa problemática pode estar relacionada à prática da enfermagem focada na realização de curativos, o que provavelmente leva a essa tendência associativa. Estudo revela que há um processo de mecanização do cuidado em enfermagem, no qual o profissional age reproduzindo atividades sem efetuar um raciocínio clínico, podendo culminar em erros na assistência e na banalização do agravo, sendo o pensamento crítico essencial para a ruptura deste processo.²² Considerando isso, no que tange ao conhecimento acerca do pé diabético, é necessário investimento em educação continuada pautada no desenvolvimento das potencialidades e autonomia dos profissionais, a fim de fomentar a responsabilidade e assim melhorar a qualidade da assistência.¹⁹

No segundo encontro, as participantes sinalizaram a necessidade de acesso ao conhecimento durante suas práticas. Enfermeiras em um estudo na Malásia apontam que, durante a assistência, buscam informações com colegas por serem uma fonte rápida de atualizações, contudo, destaca-se que o baixo nível de conhecimento desses profissionais pode repercutir em um cuidado não efetivo ou equivocado.²³ Na Etiópia, estudo mostrou que os enfermeiros que acessam a internet para sanar dúvidas tiveram 44,8% menos chances de apresentar bons níveis de conhecimento do que aqueles que não utilizam a internet.²⁴ Nesse sentido, percebe-se a necessidade de consultar materiais durante os atendimentos e a importância de que esses conteúdos sejam confiáveis e de fácil manejo.

Posto isso, emergiu das próprias participantes a construção coletiva de um instrumento que as auxiliassem no rastreamento da úlcera. De acordo com os preceitos da tecnologia social e com base em Paulo Freire, o processo educativo deve ser construído através do diálogo e este permitir a emancipação dos indivíduos.¹⁹ Deste modo, a determinação dos elementos que deviam conter no instrumento a ser elaborado foi coletivamente pensado pelas participantes.

O primeiro elemento levantado foram os dados pessoais a fim de conhecer a população acompanhada. No Malawi, artigo que avaliou os impactos do empobrecimento da população traz a importância de planejar programas específicos que permitam o acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, necessário conhecer as necessidades e formular políticas que sejam direcionadas.²⁵ As informações acerca dos indivíduos assistidos fazem parte do planejamento em saúde no qual a identificação das necessidades pode auxiliar enfermeiras a direcionar ações de cuidado mais assertivas.

Conhecer as necessidades específicas de uma população perpassa pela identificação da situação clínica e, por isso, foi elencado pelas participantes a importância de abarcar o histórico clínico do paciente. Esse se relaciona intimamente com a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras em pé, os quais quando conhecidos podem auxiliar na prevenção. Estudo de metanálise desvelou que ser tabagista, possuir diagnóstico de diabetes a um longo tempo, ter DAP, Neuropatia Periférica e histórico de úlceras anteriores são fatores de risco preditores de úlcera em pé diabético.²⁶ Considerando o exposto, a partir do conhecimento destes fatores é possível reconhecer as vulnerabilidades dos indivíduos assistidos pela USF e ofertar um tratamento viável e oportuno.

Outrossim, foi identificado pelas colaboradoras a necessidade de elencar também alguns exames para acompanhar o quadro clínico da diabetes. A mesma, quando descompensada, acarreta uma série de complicações sistêmicas para o paciente, o que sinaliza para necessidade de acompanhar sua desregulação.²⁷ No que tange a relação da alteração na diabetes e acometimento por úlceras em pé, estudo realizado em Brasília, Brasil, com 34 pacientes de um centro especializado no atendimento ao pé diabético desvelou que 78,8% dos atendidos com úlceras em pé estavam apresentando altas taxas de hemoglobina glicada (>7%).²⁸ Portanto, compreender o estado geral da diabetes do paciente acompanhado permite melhor avaliação do mesmo e seguimento em um tratamento eficaz para enfrentamento de riscos.

Esses riscos devem ser determinados precocemente com fins na prevenção do desenvolvimento da úlcera, podendo ser utilizados testes específicos que possuem alta confiabilidade. Estudo internacional que debate testes para dermatologistas manejarem úlceras nos membros inferiores apontam como principais: o ITB, a ultrassonografia e a angiografia como essenciais na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças vasculares.²⁹ Outra pesquisa que avaliou a confiabilidade do ITB encontrou de 76,7% a 93,1% de acurácia para identificação de estenose em pacientes com diabetes tipo II, inclusive recomendando seu uso na prática clínica.³⁰ Conhecer e adotar tais testes potencializa a assistência pois garante que o cuidado vem sendo ofertado a partir de evidências científicas validadas para uso e com eficácia comprovada. Em que pese a eficácia e os benefícios de tais testes, é necessário que os profissionais os conheçam, tenham domínio da forma de aplicação e os utilize na sua prática diária. Sobre este aspecto, estudo realizado no Piauí com 2.015 pacientes com diabetes, acompanhados em uma unidade de saúde da APS, demonstrou que 86,3% destes nunca foram submetidos a testes de avaliação dos pés.³¹

Há de se considerar que o uso do ITB pode ser facultativo dado a indisponibilidade de *doopler* nas unidades, o que não dispensa a avaliação clínica e crítica da enfermeira e da equipe. Dessa forma, as enfermeiras apontaram a necessidade de delimitar as atribuições de cada profissional, assim como fluxos de encaminhamento que permitisse a ampliação no atendimento. A organização dos serviços de saúde estrutura-se em níveis de atenção: primário, focado sobretudo na prevenção e acompanhamento; secundário, no qual se insere as especialidades; e terciário para medidas mais emergenciais, pressupondo a articulação entre eles.³² Sobre o que diz respeito à úlcera em pé diabético, o referenciamento e contra referenciamento deve ser exercido para que o paciente disponha de cuidado integral. Corroborando, estudo aponta que o acompanhamento de pessoas com diabetes requer uma equipe multiprofissional

composta principalmente de clínico geral, cirurgião vascular, podólogo e endocrinologista. Antes ao exposto, o encaminhamento para atenção secundária e órgãos especializados são extremamente necessários e benéficos para pessoas com diabetes.

Destarte, o contexto de cuidado às pessoas com diabetes trazido pelas participantes sinaliza a necessidade de políticas públicas que potencializem e operacionalizem a rede de atenção e atendimento. O cuidado multiprofissional é uma das formas de ofertar assistência integral, visando o sujeito em suas diversas necessidades, a qual é benéfica para a prevenção de úlcera em pés de pessoas diabéticas porque esta pode se dar por causas multifatoriais.

Portanto, capacitar profissionais no atendimento integral a pessoas com diabetes, preparando-os para a prevenção de úlceras em pés, se caracteriza como um investimento que poderá minimizar as implicações individuais e coletivas do agravo. Essa capacitação profissional tem maior potencial quando a construção do conhecimento ocorre de forma coletiva, proporcionando reflexão sobre a práxis e transformando realidades.

A principal limitação do estudo reside na impossibilidade de algumas enfermeiras em participar da pesquisa, dado o comprometimento do dimensionamento de pessoal, além do distrito estar em fase de vacinação contra a Covid-19, o que aumentou a demanda das unidades.

Considerações Finais

A construção da tecnologia social para prevenção de úlceras em pés de pessoas diabéticas se deu com a participação de enfermeiras atuantes na APS, as quais coletivamente propuseram os elementos necessários para compor a planilha de rastreio. Tal tecnologia social abarca as necessidades de identificação do paciente, conhecimento da história clínica, acompanhamento da diabetes e suas possíveis complicações, itens para o rastreio, além de determinar encaminhamentos.

A tecnologia construída revela a necessidade de um público específico e direciona solução para o problema enfrentado. Acredita-se assim contribuir com impacto social, profissional e científico. Entende-se que a visibilidade e o aprofundamento da temática resultarão em uma prestação de serviço qualificado, humanizado e efetivo para as pessoas diabéticas assistidas na APS, com redução dos agravos preveníveis, ampliação do rastreio e prevenção de úlceras em pés destas pessoas, redução da morbimortalidade, melhoria dos hábitos de vida saudáveis e redução de custos para o SUS.

Embora limite-se por ter abrangido profissionais enfermeiras de apenas um distrito sanitário do município, a tecnologia construída revela a necessidade de um público específico e direciona solução para o problema enfrentado. Outrossim, o estudo avança no sentido de proporcionar facilidade e praticidade no atendimento à população alvo, a qual é grande parte dos pacientes atendidos em toda a APS, podendo servir de modelo para utilização em outras unidades. Pode ainda contribuir com a discussão acerca da prevenção das úlceras em pés de pessoas diabéticas dentro da rede de atendimento, incentivando educação continuada para capacitação dos profissionais de saúde e assim melhorando a qualidade da assistência.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. International Working Group on the Diabetic Foot. Tradução das recomendações do IWGDF pelo GEPED. 2019.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Alamedas. 2019;8(2):178-80.
3. International Diabetes Federation. Diabetes is rising worldwide. 2020.
4. International Diabetes Federation. Demographic and geographic outline. 2019.
5. Arruda LSN de S, Fernandes CRS, Freitas RWJF de, Machado ALG, Lima LH de O, Silva ARV da. Conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com o pé diabético. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2019 Nov 5;13. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242175>
6. Carvalho LAN de, Carneiro MLB. Úlcera do pé diabético (udp) no diabetes mellitus 2: uma abordagem molecular. Hegemonia: Revista de Ciências Sociais. 2019 Jan 1;(27):29. Doi: <https://doi.org/10.47695/hegemonia.vi27.290>
7. International Working Group on the Diabetic Foot. Diretrizes do IWGDF sobre a Prevenção e o Tratamento de Pé Diabético. In: Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2021.
8. International Diabetes Federation. Diabetes complications. In: Diabetes Atlas. 8th ed. IDF; 2017.
9. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. N Engl J Med [Internet]. 2017 Jun 15 [cited 2023 Jan 16];376(24):2367-75. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMRA1615439>
10. Toscano C, Sugita T, Rosa M, Pedrosa H, Rosa R, Bahia L. Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jan 8;15(1):89. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15010089>
11. Nascimento Filho HM do, Blanes L, Castro NFGP de, Prado BM, Borges DTM, Cavichioli FCT, et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera venosa. Nursing (São Paulo). 2021 Jan 4;24(272):5115-27. Doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i272p5115-5127>
12. Gollo J, Guliani P, Weihermann AMC, Bordignon M. Itinerários terapêuticos de pessoas com diabetes mellitus no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2022;35:1-11. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.12072>
13. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2023 Jan 17];27(2):255-76. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>

14. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 17];71:704–9. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
15. Brasil. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 2011.
16. Dagnino R. Tecnologia social: contribuições conceituais e metodológicas. 1st ed. Campinas Grande: EDUEPB; 2019.
17. Thiollent M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In: *A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares*. São Paulo: Annablume; 2012. p. 19–39.
18. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021 Mar 5;34. Doi: <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
19. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Vol. 43. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
20. Brito RDVA de, Zanella AV. Formação ética, estética e política em oficinas com jovens: tensões, transgressões e inquietações na pesquisa-intervenção. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*. 2017 Apr;12(1):42–64. Doi: <https://doi.org/10.1590/2176-457326093>
21. Felix LG, Mendonça AEO de, Costa IKF, Oliveira SHDS, Almeida AM de, Soares MJGO. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária antes e após intervenção educativa sobre pé diabético. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021 Dec 6 [cited 2023 Jan 24];42:e20200452. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200452>
22. Dalcin CB, Serpa R, dos Santos EKA, Tourinho FSV, Rocha PK. Ética no fazer profissional da enfermagem: reflexões à luz do pensamento de Hannah Arendt. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2019 Dec 10 [cited 2023 Jan 24];33. Doi: <https://doi.org/10.18471/RBE.V33.29654>
23. Wui Ng B, Bing Wui N, Azraf bin Azhar A, Hanif bin Azman M, Shazreen bin Sukri M, Singh AA, et al. Knowledge and attitude of nurses towards diabetic foot care in a secondary health care centre in Malaysia. *Med J Malaysia* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 25];75(4):391–5.
24. Abate TW, Enyew A, Gebrie F, Bayuh H. Nurses' knowledge and attitude towards diabetes foot care in Bahir Dar, North West Ethiopia. *Heliyon*. 2020 Nov 1;6(11):e05552. Doi: <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2020.E05552>
25. Mulaga AN, Kamndaya MS, Masangwi SJ. Spatial disparities in impoverishing effects of out-of-pocket health payments in Malawi. *Glob Health Action* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 26];15(1). Doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2047465>
26. Huang ZH, Li SQ, Kou Y, Huang L, Yu T, Hu A. Risk factors for the recurrence of diabetic foot ulcers among diabetic patients: a meta-analysis. *Int*

Wound J [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2023 Jan 25];16(6):1373–82. Doi: <https://doi.org/10.1111/IWJ.13200>

27. French EK, Donihi AC, Korytkowski MT. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic syndrome: review of acute decompensated diabetes in adult patients. *BMJ* [Internet]. 2019 May 29 [cited 2023 Jan 25];365. Doi: <https://doi.org/10.1136/BMJ.L1114>

28. Dutra LMA, Melo MC, Moura MC, Leme LAP, De Carvalho MR, Mascarenhas AN, et al. Prognosis of the outcome of severe diabetic foot ulcers with multidisciplinary care. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 25];12:349–59. Doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S194969>

29. Rajabi-Estarabadi A, Kayssi A, Alavi A, Kirsner RS. Vascular Tests for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2023 Jan 26];20(5):657–67. Doi: <https://doi.org/10.1007/S40257-019-00441-X/METRICS>

30. Ugwu E, Anyanwu A, Olamoyegun M. Ankle brachial index as a surrogate to vascular imaging in evaluation of peripheral artery disease in patients with type 2 diabetes. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Jan 26];21(1):1–6. Doi: <https://doi.org/10.1186/S12872-020-01821-6/FIGURES/2>

31. Lira JAC, Nogueira LT, de Oliveira BMA, dos Reis Soares D, dos Santos AMR, de Araújo TME. Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2021 Jul 26 [cited 2023 Jan 25];55:1–10. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020019503757>

32. Damaceno AN, Lima MA, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM* [Internet]. 2020 Jan 29 [cited 2023 Jan 26];10:e14–e14. Doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>

33. Oliver T, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer. *StatPearls* [Internet]. 2019 Feb 7 [cited 2023 Jan 26]; PMID: 30726013

Autor de correspondência

Nayara Silva Lima
Av. Dr. Augusto Viana, S/N. CEP 40110-060-
Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
snayaraa@gmail.com

Malária: A crise silenciosa em Alto Alegre, Roraima e o fantasma do garimpo na Terra Indígena Yanomami

Malaria: The Silent Crisis in Alto Alegre, Roraima and the Specter of Mining in the Yanomami Indigenous Land

Malaria: La crisis silenciosa en Alto Alegre, Roraima y el fantasma de la minería en la Tierra Indígena Yanomami

Gabriela Lins da Silva¹, Iuri Rodrigues Nogueira², João Luiz Pereira de Araújo³, Barbara Almeida Soares Dias⁴, Manuella Carvalho Feitosa⁵, Liliانا Rocha Fonseca⁶, Jaime Louzada⁷

Como citar: Silva GL, Nogueira IR, Araújo JLP, Dias BAS, Feitosa MC, Fonseca LR, et al. Malária: A crise silenciosa em Alto Alegre, Roraima e o fantasma do garimpo na Terra Indígena Yanomami. 2023; 12(4): 937-47. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p937a947>

REVISA

1 - Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-6449-0665>

2 - Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-2754-3971>

3 - Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3317-2514>

4. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8656-1391>

5. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8736-4525>

6. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5409-4151>

7. Universidade Federal de Roraima, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil. <https://orcid.org/0000-00018465-0999>

Recebido: 23/07/2023
Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução dos casos de malária em Roraima, principalmente no município de Alto Alegre, estratificado por aglomerações por área geográfica habitada - rural, urbana e área indígena no período de 2013 a 2022. **Método:** Estudo ecológico do tipo série temporal baseado em dados secundários dos casos confirmados de malária em Roraima, no período de 2013 a 2022. **Resultados:** nesse período foram confirmados 72.828 casos de malária em Roraima, dos quais 78,0% foram por *Plasmodium vivax*. Além disso, a maior parte dos casos se concentrou no município de Alto Alegre, correspondendo a 41,1%. Portanto, este foi o município que mais produziu malária procedente de garimpo, apesar de existirem outros que registraram aumento da doença nesse período. **Conclusão:** assim, os municípios de Alto Alegre, Amajari, Caracaraí, Iracema e Mucajaí, juntos respondem por 77,8% de toda malária produzida em Roraima. Estes municípios fazem parte da rota do garimpo ilegal na terra indígena Yanomami.

Descritores: Malária; Mineração; Povo Yanomami.

ABSTRACT

Objective: analyze the evolution of malaria cases in Roraima, especially in the municipality of Alto Alegre, stratified by geographical areas of habitation - rural, urban, and indigenous areas, from 2013 to 2022. **Method:** A time series ecological study based on secondary data of confirmed malaria cases in Roraima from 2013 to 2022. **Results:** During this period, 72,828 cases of malaria were confirmed in Roraima, of which 78.0% were due to *Plasmodium vivax*. Furthermore, the majority of cases were concentrated in the municipality of Alto Alegre, accounting for 41.1%. Therefore, this was the municipality that produced the most malaria from mining activities, despite others experiencing an increase in the disease during this period. **Conclusion:** Thus, the municipalities of Alto Alegre, Amajari, Caracaraí, Iracema, and Mucajaí together accounted for 77.8% of all malaria cases produced in Roraima. These municipalities are part of the illegal mining route within the Yanomami indigenous land.

Descriptors: Malaria; Mining; Yanomami People.

RESUMEN

Objetivo: analizar la evolución de los casos de malaria en Roraima, principalmente en el municipio de Alto Alegre, marcado por aglomeraciones por área geográfica habitada - rural, urbana, en el área indígena en el período comprendido desde 2013 hasta 2022. **Método:** Estudio ecológico de tipo serie temporal basado en datos secundarios de los casos confirmados de malaria en Roraima, en el período de 2013 hasta 2022. **Resultados:** Durante este período fueron confirmados 72.828 casos de malaria en Roraima, de los cuales 78,0% correspondieron a *Plasmodium Vivax*. Además, la mayor parte de los casos estaban concentrados en el municipio de Alto Alegre, correspondiendo a 41,1%. Por lo tanto, este fue el condado que más produjo malaria proveniente de la minería, a pesar de existir otros que registraron aumentos de la enfermedad durante este período. **Conclusión:** Siendo así, los condados de Alto Alegre, Amajari, Caracaraí, Iracema y Mucajaí, juntos representan el 77,8% de toda la malaria existente en Roraima. Estos condados hacen parte de la ruta de minería ilegal en tierras indígenas Yanomami.

Descriptores: Malária; Minería; Pueblo Yanomami

ORIGINAL

Introdução

A malária é uma doença infecciosa parasitária de transmissão vetorial de distribuição mundial, sobretudo, entre países localizados na faixa tropical, subtropical do planeta. É uma enfermidade endêmica típica de regiões com baixo índice de desenvolvimento humano e com potencial de transmissão por múltiplos fatores: ambiental, climático, presença de coleção de água, *habitat* de diversos vetores, além dos aspectos sociais, determinantes, para o processo de transmissão e adoecimento do indivíduo. Por isso, é considerada uma doença de causa multifatorial – de cunho social e ocupacional –, haja vista, que a exposição do homem em atividades insalubres está associada à sua sobrevivência.¹

O garimpo é um bom exemplo de lugar insalubre na medida em que revela várias facetas do aspecto social e ocupacional do trabalho, lugar esse, de difícil acesso, muitas vezes representado pela violência, pela endemicidade da doença e pela precarização do trabalho tipificada por doenças ocupacionais. Geralmente, o garimpo está associado a várias doenças vetoriais, inclusive malária, considerada uma doença ocupacional segundo a Portaria de nº 1.339 de 1999 do Ministério da Saúde.^{2,3}

Historicamente as atividades de garimpagem foram responsáveis pelo grande fluxo de pessoas no estado de Roraima, pois, desde a década de 1980 já se registrava incremento (N= 13.590) de malária na região.⁴ Assim, a forma de ocupação do estado, sobretudo na capital, produziu uma dinâmica espacial em torno do garimpo. Essa dinâmica estabelecida nesse espaço revela, dentre outros determinantes, o de saúde (malária, mercúrio), o social com as mazelas sociais e ambientais (poluição dos rios, desmatamento) e adoecimento dos povos originários, sobretudo, os Yanomami.

Até meados de 1960, os Yanomami viviam praticamente isolados, tendo os seus primeiros casos da doença relatados devido ao contato inicial com povos não indígenas. Até o ano de 1980, a malária ainda estava limitada apenas às áreas periféricas da reserva Yanomami, que eram onde ocorriam alguns contatos com a zona rural do estado, resultando em casos importados que logo foram introduzidos entre os indígenas.⁵ Especificamente em 1987, ocorreu uma grande invasão de mais de 40 mil garimpeiros na região, principalmente na terra Yanomami, cuja parte de sua extensão territorial está situada no estado de Roraima e, assim resultando no estabelecimento da transmissão autóctone da malária entre esse povo. Com esses acontecimentos, a doença acabou por se propagar até as comunidades mais isoladas, causando graves surtos. Sem uma assistência efetiva, essa condição de saúde resultou em uma elevada taxa de morbimortalidade, gerando um grave problema de saúde para essa população identificada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena que cuida dos Yanomami.⁶ Aliando a isso, em 2021, assistiu-se a um aumento significativo de 46% na extensão de terras afetadas pela atividade de garimpo, resultando na destruição de 1.038 hectares,⁷ e nos últimos anos foram catalogados 862 garimpos ilegais no estado, cuja maioria está localizada em terras indígenas Yanomami, fato este que promoveu aumento extraordinário no fluxo de garimpeiros nesta região.⁸ Desta forma, a circulação desses indivíduos num ambiente receptivo onde se estabelece um contato muito próximo com os indígenas pode gerar problemas de saúde de difícil solução considerando a complexidade logística, geográfica e cultural do povo Yanomami.

O município de Alto Alegre, geograficamente, é um importante polo de concentração, manutenção e escoamento dos produtos extraídos dos diversos pontos de garimpo ilegal localizados em terra yanomami, região com maior ocorrência de malária de Roraima, sobretudo nos últimos anos. Por isso, é importante analisar a evolução dos casos de malária em Roraima, principalmente no município de Alto Alegre, no período de 2013 a 2022.

Método

Estudo ecológico do tipo série temporal baseado em dados secundários dos casos confirmados de malária em Roraima, no período de 2013 a 2022. Roraima é o estado mais setentrional do Brasil, possuindo uma extensão territorial de 223.644,530 km² e uma população estimada de 652.713 habitantes em 2021, dos quais 55.922 se declararam indígenas no último censo nacional. Alto Alegre, município localizado na região norte de Roraima, possui a maior área de terras indígenas dos povos Yanomami, abrangendo mais de 72% dos 25.454,297 km² de extensão territorial do município. A população estimada de Alto Alegre era de 15.249 habitantes em 2021.⁹



Figura 1- Municípios de Roraima na área das terras indígenas Yanomami. Roraima, 2023.

Fonte: Portal Roraima 1.

Os dados sobre os casos confirmados de malária ocorridos em Roraima no período de 2013 a 2022 foram extraídos do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária (SIVEP-Malária), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.⁶ Quanto às estimativas populacionais para os cálculos de incidência, foram utilizados os dados censitários obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.⁹

Inicialmente foram calculadas as frequências absolutas e relativas dos casos de malária segundo os municípios, dividindo-se o número de casos de cada município pelo total de casos do Estado. Também foram calculadas a Incidência

Parasitária Anual (IPA), dividindo-se o total de casos notificados pelo total da população estimada por município e para o estado, multiplicado por mil no ano. No Brasil, nas áreas endêmicas localizadas na Amazônia, conforme o Ministério da Saúde o IPA pode ser classificada conforme graus de risco expressos em: baixo (<10,0/mil habitantes), médio (10,0-49,9/mil habitantes) e alto ($\geq 50,0$ /mil habitantes).^{1,6,10}

Sequencialmente, foi calculada a tendência temporal da incidência de malária por 1000 habitantes no município de Alto Alegre e para o estado de Roraima para cada ano de análise, considerando o número absoluto de casos confirmados no numerador e a população no denominador. As taxas de incidência foram logaritmizadas (\log_{10}) de modo a estabilizar a variância ao longo do tempo.

Por último, aplicou-se o método de autorregressão Prais-Winsten para classificar a tendência temporal da incidência de malária em crescente, decrescente ou estacionária para Roraima e para o município de Alto Alegre. Também se calculou a porcentagem de variação anual com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) nos casos de tendência temporal crescente ou decrescente. Para Alto Alegre, a tendência temporal da incidência foi analisada, ainda, segundo o tipo de malária confirmada (*P. vivax* e *P. falciparum*).

Os cálculos das frequências absolutas, relativas e o IPA foram elaborados em planilhas do *Microsoft Office Excel*. Os gráficos da distribuição dos casos e das taxas estimadas ao longo da série temporal foram produzidos por meio do *software RStudio*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), parecer nº 4.784.311

Resultados e Discussão

A análise dos dados seguiu a mesma divisão definida pelo SIVEP-Malária estratificada por zona rural, urbana, indígena e garimpo, no município de Alto Alegre, que por sua vez, abriga no seu espaço geográfico povos originários distribuídos em quatro etnias: Wapichana, Yanomami, Ye'kwana e Macuxi, que juntos somam 13.916 indígenas (90%) população total do município contra 1.464 (10%) não indígenas. Dentre a população indígena, o povo Yanomami constitui a maior etnia desse município. Sobre o aspecto demográfico, majoritariamente, Alto Alegre é habitado por populações originárias, sobretudo, pelos Yanomami. Geograficamente, é o povo que vive mais distante e com maior dificuldade de acesso, fato, entretanto, que não se constituem em impedimento para o aumento da circulação de indivíduos em busca de mineração ilegal em suas terras.⁸

Essa característica de Alto Alegre, precisa ser vista como um grande desafio considerando que a malária em sua maioria é procedente de área indígena. Condição que vem potencializando a transmissão local, inclusive urbana dada a mobilidade de não indígenas procedentes de região de garimpo, o que pode configurar num grande problema de saúde pública para o município. Haja vista, que, na terra Yanomami, o diagnóstico e tratamento é direcionado apenas para os indígenas. Os garimpeiros que regressam para a cidade não são tratados em área, portanto, são fontes de infecção. Esse controle precoce se torna prejudicado à medida em que a saída do garimpeiro se dá por múltiplos meios de transporte:

aéreo (pista clandestina), por meio de embarcação que se desloca de vários portos distribuídos ao longo do rio Uraricoera. Estes aspectos dificultam a busca ativa de malária, assim como o controle sanitário neste município e no estado de Roraima como um todo.

No período de 2013 a 2022 foram confirmados 72.828 casos de malária em Roraima, dos quais 78,0% foram por *Plasmodium vivax*. Além disso, a maior parte dos casos se concentrou no município de Alto Alegre, correspondendo a 41,1% (Tabela 1). Considerando esses dados, este foi o município que mais produziu malária procedente de garimpo, apesar de existirem outros municípios que registraram aumento da doença nesse período. Observa-se que na tabela 1, os municípios de Alto Alegre, Amajari, Caracarái, Iracema e Mucajaí, juntos respondem por 77,8% de toda malária produzida em Roraima. Estes municípios fazem parte da rota do garimpo ilegal na terra indígena Yanomami. Nesse sentido, considerando tal rota, Alto Alegre é tido como ponto estratégico para o comércio gerado a partir desse garimpo. Haja vista, que o ouro foi o segundo produto mais exportado no estado.⁸ São vários pontos de garimpo (corrutela) localizados ao longo do Rio Uraricoera, promovendo intensa circulação de pessoas e de produtos produzidos ilegalmente em diversos garimpos.

Tabela 1. Distribuição dos casos de malária por município. Roraima, Brasil, 2013-2022 (N = 72.828).

Município	N	%	Malária		
			Falciparum (%)	Vivax (%)	Mista (%)
Alto Alegre	29.954	41,1	23,4	70,2	6,4
Amajari	12.962	17,8	19,5	76,3	4,2
Boa Vista	781	1,1	2,9	96,3	0,8
Bonfim	1.352	1,9	4,2	95,3	0,5
Cantá	1.664	2,3	1,0	98,8	0,2
Caracarái	6.692	9,2	16,2	80,9	2,9
Caroebe	57	0,1	1,8	98,2	0,0
Iracema	4.786	6,6	27,6	64,8	7,6
Mucajaí	2.317	3,2	24,7	67,1	8,2
Normandia	778	1,1	0,6	99,1	0,3
Pacaraima	7.187	9,9	1,2	98,6	0,2
Rorainópolis	6	0,0	0,0	100,0	0,0
São João da Baliza	111	0,2	0,0	99,1	0,9
São Luiz	114	0,2	0,0	100,0	0,0
Uiramutã	4067	5,6	1,4	98,4	0,2
Total	72.828	100,0	17,5	78,0	4,5

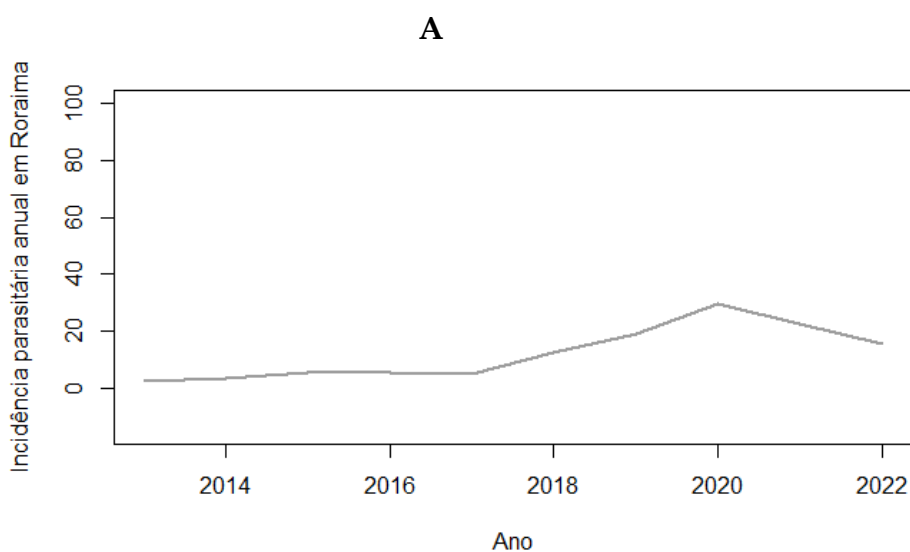
A figura 2 e a tabela 2 retratam a malária sob a perspectiva do Índice Parasitário Anual, onde se vislumbram dois cenários distintos com determinações comportamentais no município de Alto Alegre. Observa que em todo período (2013-2017 e 2018-2022) a malária procedente de área indígena foi

determinante para manter esse município no *status* de alta transmissão de malária conforme, classifica do Ministério da Saúde: muito baixo risco (< 1,0); baixo risco (1,0 a 9,9); médio risco (10,0 a 49,9); alto risco ($\geq 50,0$).^{6,10} O outro cenário, além de perpetuar essa classificação de alta transmissão, ainda agrava a situação a partir do segundo intervalo, período associado com o aumento do garimpo. Portanto, essa série histórica revela o impacto do garimpo na epidemiologia da malária na área indígena no município de Alto Alegre e em outros municípios.

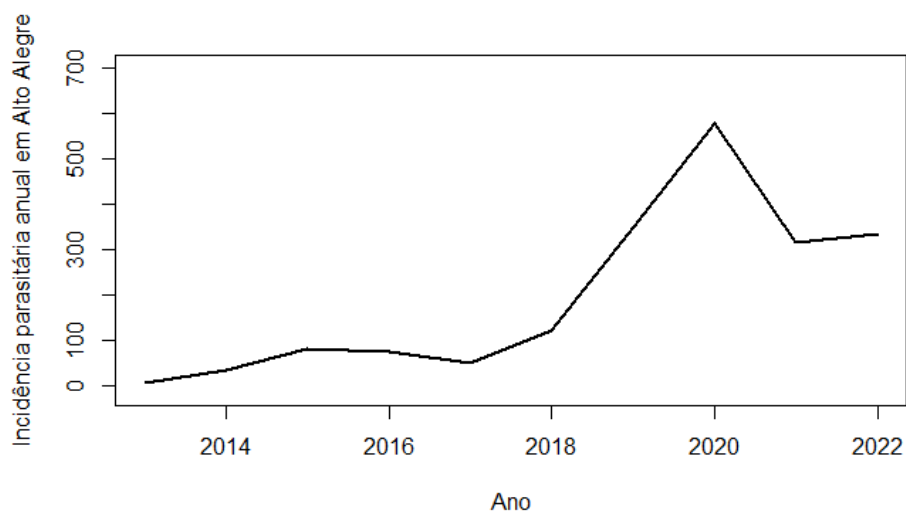
O município de Alto Alegre se destacou com a maior taxa ao longo de todo o período analisado (figura 2). O IPA variou de 4,1 para 332,9 casos por mil habitantes em Alto Alegre, a qual ultrapassou o IPA do estado de Roraima, que variou 2,5 para 15,4 casos por mil habitantes em Roraima entre 2013 e 2022. Assim, foi possível verificar que a partir de 2015, Alto Alegre mostrou riscos elevados (IPA $\geq 50,0$ /mil habitantes), sobrepondo o estado de Roraima, que apresentou riscos baixos a moderados (IPA 0,0 - 49,9/mil habitantes) no período.

No Brasil, principalmente na região Amazônica, a malária vem apresentando importante redução, porém, nas zonas fronteiriças ainda é altamente vulnerável constituindo um desafio para sua eliminação.¹¹ Assim, esse desafio passa por diversos fatores dentre os quais: carência de profissionais de saúde qualificados, dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados, movimento migratório, mobilidade da população indígena, presença de madeireiros em torno do desmatamento, movimentação de garimpeiros.¹²⁻¹³ Corroborando com as especificidades da dinâmica típica de zona de fronteira, geralmente, a produção e disseminação das doenças transmissíveis geram políticas e ações cruciais em diversos programas de saúde de vários países, sobretudo, os que têm áreas de fronteira.¹⁴ O que pode, inclusive, impetrar ações bilaterais entre países para o controle da malária entre nações.

Figura 2. Evolução da incidência parasitária anual em Roraima (A) e no município de Alto Alegre (B). 2013-2022.



B



Também podem ser observados tendências crescentes estatisticamente significativas do IPA para Roraima e Alto Alegre, com taxa de crescimento anual de 28,0% e 54,4%, respectivamente (tabela 2). Ao comparar a espécie parasitária para ocorrência da malária em Alto Alegre, foram evidenciadas tendências de crescimento significativas para ambas, sobretudo para o *P. falciparum*, que apresentou uma taxa de crescimento anual de 112,6% (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2- Tendência temporal, variação da IPA e variação da IPA segundo o tipo de espécie em Alto Alegre. Roraima, Brasil, 2013-2022.

Prais-Winsten			
	Coeficiente (IC95%)	Tendênci a	APC*
IPA			
Roraima	0,10731 (0,0622- 0,1524)	Crescente	28,0
Alto Alegre	0,1888 (0,1139- 0,2637)	Crescente	54,4
Prais-Winsten			
IPA Alto Alegre			
<i>P. vivax</i>	0,1449 (0,0530- 0,2369)	Crescente	39,6
<i>P. falciparum</i>	0,3277 (0,1686- 0,4868)	Crescente	112,6 (0,17- 0,49)

*APC: Annual Percent Change

Referente à distribuição por espécie observa-se que a maior circulação do *P. falciparum* concentra-se majoritariamente nos municípios que compõem a rota do garimpo. Contudo, o *P. falciparum* também se encontra capilarizado para outros municípios de Roraima (gráfico 2). De fato, trata-se de um grande problema de saúde pública, haja vista que esse *Plasmodium* é comumente associado às manifestações graves da doença mais do que o *P. vivax*.¹⁵⁻¹⁶ O aumento e expansão dessa espécie pode ser atribuído à ampliação do fluxo de garimpeiros, madeireiros e assentamentos. A elevação das taxas de incidência de

P. falciparum já foi estabelecida em outros estudos realizados em regiões com grande mobilidade humana.¹²⁻¹³ Contudo, o aumento da circulação especificamente do *P. falciparum* se tornou um grande problema de saúde pública, inclusive, que extrapola as divisas deste município atingindo outras regiões do estado.¹⁵⁻¹⁶

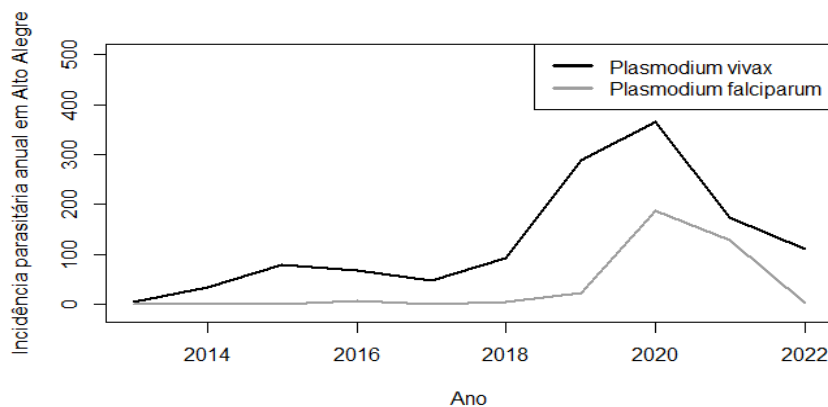


Figura 2. Evolução da incidência parasitária anual no município de Alto Alegre segundo espécies parasitárias de Plasmodium sp. 2013-2022.

Na tabela 3 os dados foram estratificados por intervalo de tempo dividido em dois períodos. O primeiro ocorreu entre 2013 a 2017, que antecedeu o processo de mineração ilegal nas comunidades indígenas Yanomami. Já o segundo momento, 2018 a 2022, que marca efetivamente a invasão maciça por garimpeiros nas comunidades.

A caracterização epidemiológica da malária em Alto Alegre está representada em diversos espaços deste município. Nesse sentido, desponta como cenário importante para a epidemiologia local a malária procedente de área indígena, haja vista, que durante o período de 2013 a 2022 essa região apresentou a maior incidência, contribuindo com 24.120 casos de malária contra 131 ocorrências na zona urbana e 533 casos procedentes da zona rural. Desse total da área indígena 6.384 (26,5%) casos são oriundos de garimpo em terra indígena Yanomami.⁶

Contudo, o impacto da extração mineral vai além do garimpo, pois, a contaminação por mercúrio nos rios de Roraima, é motivo de preocupação.¹⁷ Além disso, a malária procedente da região de garimpo distribui-se por vários municípios, sobretudo, em Boa Vista, que em 2021 apresentou aumento tanto na busca por diagnóstico (32.110 exames) como tratamento para 7.711 indivíduos positivos para malária. Essa exacerbação no número de casos é motivo de preocupação, pois, esse aumento também foi observado na malária causada pelo *Plasmodium falciparum*, inclusive no município de Alto Alegre.⁶

Ainda sobre o impacto da mineração em Roraima, atualmente, existem 1.097 pontos de mineração ilegal localizados na Venezuela, Guiana e Brasil (terras indígenas Yanomami), produzindo alta mobilidade de pessoas em busca de emprego.¹⁸ Embora essas regiões de mineração sejam geralmente insalubres e perigosas, elas fornecem um incentivo econômico que motiva o retorno desses indivíduos em busca de sobrevivência, mesmo que ainda estejam em risco de adquirir malária. Considerando este contexto, a malária surge como uma doença ocupacional. No geral, a situação observada em Roraima é consistente com relatórios emergentes de outras áreas endêmicas nas Américas.¹⁹⁻²¹ Entretanto, é

importante apontar que tanto os dados de malária de área indígena quanto os de região de garimpo são subnotificados.

Tabela 3- Intervalo de tempo por espécie plasmodial. 2023.

Área geográfica habitada	2012-2017			2018-2021		
	Pf	Pv	F+V	Pf	Pv	F+V
Área urbana de Alto Alegre	5	42	0	11	70	3
Área rural de Alto Alegre	6	121	1	39	360	6
Área indígena	122	3.846	13	5.229	14.149	762
Área Garimpo (Yanomami)	2	2	0	1.668	4.413	289

Fonte: DSEI/LESTE/Yanomami/IBGE

Considerações Finais

A dinâmica no processo de transmissão autóctone é capaz de incrementar e manter a circulação da doença entre os municípios, pois, nem sempre o diagnóstico e notificação da malária ocorrem no mesmo local ou município de infecção, mostrando que há um movimento intermunicipal de pessoas em busca de assistência.

Esse movimento acaba dificultando o controle da malária, porque as áreas limítrofes são extensas, múltiplas e de difícil acesso, gerando demanda além da capacidade operacional que os municípios podem oferecer. Essa mobilidade é um aspecto importante na cadeia de transmissão considerando o potencial de receptividade ambiental de cada município, inclusive com presença de criadouros nos espaços urbanos.

Por isso, vários aspectos que envolvem a operacionalização das ações de controle da malária podem determinar a sua manutenção ou a sua eliminação em um município. Nesse sentido, é essencial ter infraestrutura adequada, recursos humanos suficientes e gestão qualificada, que sejam sensíveis à importância das atividades da equipe de endemia para o manejo ambiental, respeitando e particularizando tais ações de acordo com a realidade de cada município.

Dessa forma, o garimpo e a malária que nele é produzido são problemas de saúde que escapam ao controle e a gestão do município de Alto Alegre, haja vista que a saúde indígena é de responsabilidade direta do Ministério da Saúde conforme Lei 8.080.

O aumento da malária, sobretudo, a que é causada pelo *P. falciparum* também apresentou incremento em diversos municípios desde 2018, ano que se intensificou o fluxo de garimpeiros em terras indígenas Yanomami. Isso é preocupante pela reintrodução desta espécie em municípios que já haviam controlado sua transmissão, além de ser uma espécie que causa uma forma grave de malária, o que já é um motivo relevante para o seu combate.

Além de tudo, esse aumento surge no meio do processo do Plano Nacional de Eliminação da Malária por *P. falciparum*, lançado em 2015 com previsão de eliminá-la em 2035.

Para além das questões epidemiológicas a área habitada indígena, cujo pertencimento aos povos originários é garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988, ora também habitado por garimpeiros, atualmente é palco de conflitos. Assim, a presença de garimpeiros em terras indígenas, é percebida

pelos Yanomami como invasão ou gerador de conflitos. A sua presença além de trazer doenças e aumentar a malária traz também destruição ao meio ambiente. Contudo, esse aspecto da pesquisa onde há conflitos e natureza não é objeto de nosso estudo, deixa-se, portanto, uma porta aberta para futuras pesquisas.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. World Health Organization. Malaria Report 2019. Geneva: WHO; 2019. 185p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565721>
2. Caldas RJC, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Andrade EGRD, Costa CML, Trindade LDNM. Incidência de malária entre indígenas associada à presença de garimpos. Rev Gaúcha de Enferm. 2023; 44:1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220098.pt>
3. Dorneles JSU, Silva PHD, Araújo BCS, Barreto JRF, Rufo ALZ, Costa PHZ, et al. Perfil epidemiológico da malária no município de Altamira. Brazilian Journal of Development. 2023; 9(3):11921-38. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-195>
4. Da Silva-Nunes M, Codeço CT, Malafronte RS, Da Silva NS, Juncansen C, Muniz PT, et al. Malaria on the Amazonian frontier: transmission dynamics, risk factors, spatial distribution, and prospects for control. Am J Trop Med Hyg. 2008;79(4):624-35. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2008.79.624>
5. Albert B, Milliken W. Urihi A: A terra-floresta Yanomami. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2009. 207p.
6. Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica Malária. Ministério da Saúde, BR. Notificação de casos em 2020. Disponível em: < http://portalweb04.saude.gov.br/Sivep_malaria/ > Acessado em: 09.11.2020.
7. Hutukara Associação Yanomami; AWY, Associação Wanasseduume Ye'kwana. Yanomami sob ataque: Garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami e propostas para combatê-lo. Boa Vista: Hutukara Associação yanomami; 2022. 120 p. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/yanomami-sob-ataque-garimpo-ilegal-na-terra-indigena-yanomami-e-propostas-para>
8. Fellet J. Roraima exporta 194 kg de ouro à Índia sem ter nenhuma mina operando legalmente. BBC News Brasil. São Paulo, 12 de junho de 2019. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48534473> >. Acessado em: 09.11.2020.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Censo demográfico]. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr/alto-alegre.html> >. Acessado em 09.11.2020
10. Louzada J, Almeida NCV, Araujo JLP, Silva J, Carvalho TM, Escalante AA, et al. The impact of imported malaria by gold miners in Roraima: characterizing the spatial dynamics of autochthonous and imported malaria in an urban region of Boa Vista.

Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. 2020;115:1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200043>

11. Franco VC, Peiter PC, Carvajal-Cortés JJ, Pereira RS, Gomes MSM, Suárez- Mutis MC. Complex malaria epidemiology in an international border area between Brazil and French Guiana: Challenges for elimination. Trop Med Health. 2019;47(24):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s41182-019-0150-0>

12. Braz RM, Duarte EC, Tauil PL. Caracterização das epidemias de malária nos municípios da Amazônia Brasileira em 2010. Cad. Saúde Pública. 2013;29(5):935-44. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500011>

13. Wangdi K, Gatton ML, Kelly GC, Clements AC. Cross-border malaria: a major obstacle for malaria elimination. Adv Parasitol. 2015; 89:79-107. doi: <https://doi.org/10.1016/bs.apar.2015.04.002>

14. Raffestin C. Por uma geografia do poder. França MC, translator. São Paulo: Editora Ática; 1993. 269p.

15. Gomes AP, Vitorino RR, Costa AP, De Mendonça EG, Oliveira MGA, Siqueira- Batista R. Malária grave por *Plasmodium falciparum*. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(3):358-69. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000300015>

16. Burkot TR, Graves PM, Wirtz RA, Brabin BJ, Battistutta D, Cattani JA, et al. Differential antibody responses to *Plasmodium falciparum* and *P. vivax* circumsporozoite proteins in a human population. J Clin Microbiol. 1989;27(6):1346-51. doi: <https://doi.org/10.1128/jcm.27.6.1346-1351.1989>

17. Ramos ARA, Oliveira KAD, Rodrigues FDS. Mercúrio nos garimpos da terra indígena Yanomami e responsabilidades. Ambiente e Sociedade. 2020; 23:1-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20180326r2vu2020L5AO>

18. Castellanos A, Chaparro-Narváez P, Morales-Plaza CD, Alzate A, Padilla J, Arévalo M, et al. Malaria in gold-mining areas in Colombia. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2016;111(1):59-66. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760150382>

19. Espinoza, J. L. (2019). Malaria resurgence in the Americas: an underestimated threat. Pathogens. 2019;8(1):1-4. doi: <https://doi.org/10.3390/pathogens8010011>

20. Musset L, Pelleau S, Girod R, Ardillon V, Carvalho L, Dusfour I, et al. Malaria on the Guiana Shield: a review of the situation in French Guiana. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2014;109(5):525-33. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-0276140031>

21. Sriwichai P, Karl S, Samung Y, Kiattibutr K, Sirichaisinthop J, Mueller I, et al. Imported *Plasmodium falciparum* and locally transmitted *Plasmodium vivax*: cross- border malaria transmission scenario in northwestern Thailand. Malar J. 2017;16(258):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12936-017-1900-2>

Autor de correspondência

Jaime Louzada
Universidade Federal de Roraima
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413. CEP 69310-000
- Aeroporto. Boa Vista, Roraima, Brasil.
jaime.louzada@ufrr.com

Gestação na adolescência: o desvelar de uma vivência

Teenage pregnancy: unveiling an experience

Embarazo en la adolescencia: la revelación de una experiencia

Edmon Martins Pereira¹, Leila Batista Ribeiro², Sara Fernandes Correia³, Júlio César Pereira Leite⁴, José Raimundo Gomes de Oliveira⁵, Alexandre Marco de Leon⁶, Carlos Magno Oliveira da Silva⁷, Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo⁸

Como citar: Pereira EM, Ribeiro LB, Correia SF, Leite JCP, Oliveira JRG, Leon AM, et al. Gestação na adolescência: o desvelar de uma vivência. 2023; 12(4): 948-58. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p948a958>

REVISA

1. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-2800-4483>

2. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6399-6966>

3. Universidade Evangélica de Goiás. Anápolis, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3850-9852>

4. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0009-5573-1306>

5. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-3229-6941>

6. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0005-3291-9913>

7. Secretaria de Saúde - Concurso Distrital. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-1875-6542>

8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9928-7416>

Recebido: 18/07/2023
Aprovado: 15/09/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a experiência vivenciada na atenção básica por adolescentes grávidas durante o pré-natal em uma Unidade de Saúde de Ceilândia - DF. **Método:** O estudo usou a abordagem qualitativa e o método fenomenológico. A coleta dos dados foi por meio de entrevista direcionada a adolescentes previamente selecionadas mediante adequação aos critérios de inclusão. Foram resguardados o sigilo, a confidencialidade e a fidedignidade dos dados coletados. **Resultados:** Os dados finais estão apresentados em 6 categorias. Trouxe à evidência de que a gravidez na adolescência ainda é um problema que acomete a identidade em formação de adolescentes e que a falta de adesão aos programas de promoção à saúde por parte deste público ainda existe, necessitando assim de olhar mais apurado e capacitado para atender as necessidades em saúde desta população. **Conclusão:** o atendimento nessa circunstância demanda cuidados, com isso, profissionais de saúde capacitados devem estar associados a essa situação, de forma que busquem estabelecer vínculos com a adolescente e por meio de uma reflexão com ela, seu companheiro e familiares, tentem encontrar estratégias que possibilitem a minimização de problemas.

Descritores: Gravidez Na Adolescência; Sexualidade; Atenção Básica.

ABSTRACT

Objective: Objective: to analyze the experience lived in primary care by pregnant adolescents during prenatal care at a Health Unit in Ceilândia, Brasília, Brazil. **Method:** The study used a qualitative approach and the phenomenological method. Data collection was done through interviews with previously selected adolescents who met the inclusion criteria. Confidentiality and data accuracy were ensured. **Results:** The final data are presented in 6 categories. It brought to light that adolescent pregnancy is still a problem that affects the forming identity of adolescents and that the lack of adherence to health promotion programs by this group still exists, requiring a more specialized and capable approach to address the health needs of this population. **Conclusion:** Care in this circumstance demands special attention, therefore, trained healthcare professionals should be involved in this situation, seeking to establish bonds with the adolescent and, through reflection with her, her partner, and family members, find strategies to minimize problems.

Descriptors: Adolescent Pregnancy; Sexuality; Primary Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la experiencia vivida en la atención primaria por adolescentes embarazadas durante el período prenatal en una Unidad de Salud en Ceilândia, Brasília, Brasil. **Método:** El estudio utilizó un enfoque cualitativo y el método fenomenológico. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas dirigidas a adolescentes previamente seleccionadas que cumplían con los criterios de inclusión. Se garantizó la confidencialidad y la veracidad de los datos recopilados. **Resultados:** Los datos finales se presentan en 6 categorías. Se evidenció que el embarazo en la adolescencia sigue siendo un problema que afecta la identidad en formación de los adolescentes y que la falta de adhesión a los programas de promoción de la salud por parte de este grupo todavía existe, lo que requiere una mirada más especializada y capacitada para abordar las necesidades de salud de esta población. **Conclusión:** La atención en esta circunstancia requiere cuidados especiales, por lo tanto, profesionales de la salud capacitados deben estar involucrados en esta situación, buscando establecer vínculos con la adolescente y, a través de la reflexión con ella, su pareja y familiares, encontrar estrategias que permitan minimizar los problemas.

Descritores: Embarazo en la Adolescencia; Sexualidad; Atención Primaria.

ORIGINAL

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência é a fase compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade.¹ A adolescência compreende assim, a transição da fase da infância à idade adulta, tratando-se de um período de inúmeras modificações, nessa fase, a perda do papel infantil pode gerar um turbilhão de emoções e sentimentos, como insegurança, ansiedade, medo, que por muitas vezes são ocasionadas pelas descobertas de um “novo mundo”.²

Sendo assim, a adolescência passa a ser um período da vida em que o adolescente começa a estabelecer o seu meio de convívio social, e assim, interagir com o mundo externo de modo mais independente, sem necessariamente a presença dos pais.³

Portanto, a adolescência é um período de modificações tanto físicas como psicológicas, e as mudanças no comportamento dos adolescentes, no desenvolver de sua sexualidade, exigem atenção cuidadosa por parte dos profissionais da saúde, já que inúmeras mudanças podem repercutir na vida do jovem, até mesmo, através de uma gravidez precoce. Observou-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também alertam que, com o passar dos anos, o número de partos de meninas cresceu em todo o mundo, e parto de meninas cada vez mais jovens.⁴

Com esse quadro, essas adolescentes têm sido consideradas como um grupo de risco para a ocorrência de problemas de saúde, já que a gravidez precoce pode alterar o crescimento normal dessas adolescentes e até mesmo implicar em alterações no físico das mesmas, que muitas vezes, não está totalmente desenvolvido. Esse grupo está mais suscetível à incidência de eclâmpsia, anemia, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e recém-nascidos de baixo peso, além dos problemas físicos que uma gestação precoce pode acarretar, diversas literaturas e até mesmo, relatos de adolescentes nesta condição, acrescentam os danos gerados ao âmbito psicológico, sociocultural e econômico, que afetam não só a jovem, mas também a sua família.

Apesar de um movimento de redução nos últimos anos, as taxas de maternidade na adolescência ainda são elevadas no Brasil, mesmo se comparado a outros países da América do Sul. Se no Brasil essa proporção está em 14%, como mencionado anteriormente, em países como Peru e Costa Rica registraram-se 11%, enquanto Argentina e Uruguai tiveram taxas de 10% e Chile de 5%, segundo dados do escritório do UNFPA para América Latina e Caribe, colhidos de dados oficiais destes países. Outras nações da região que registraram altas taxas de maternidade na adolescência em 2020 são Paraguai (15%), Equador (18%) e Colômbia (18%)⁵. Com tudo isso, o presente estudo, a partir dos dados expostos, pretende responder o seguinte questionamento: de que maneira a adolescente tem vivenciado a experiência da gestação?

Desta forma, este estudo torna-se importante para caracterizar os possíveis problemas que as adolescentes nesta situação enfrentam, de forma que venha despertar os profissionais da saúde, que estão intimamente ligados com esse público durante a gestação, possíveis intervenções para minimizar tais problemas encontrados. Este estudo também proporcionará informações que demonstram a importância de se trabalhar com o público adolescente e a

necessidade de se desenvolver mais políticas públicas que minimizem a falta de informação a respeito de métodos contraceptivos e também a gestação precoce e indesejada, visto que, a gestação precoce pode ocasionar tanto problemas físicos, psicológicos como também sociais, como a evasão escolar, por exemplo, fatores esses que podem proporcionar para profissionais de outras áreas como psicologia e até mesmo serviço social subsídios para pesquisa.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a experiência vivenciada na atenção básica por adolescentes grávidas durante o pré-natal em uma Unidade de Saúde de Ceilândia – DF.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, e método fenomenológico ⁶. Foi realizado para descrever as experiências vivenciadas por adolescentes grávidas entre 13 e 18 anos de idade, e qual o impacto desse fenômeno na vida das mesmas e dos seus familiares, o estudo foi desenvolvido por meio de entrevista direcionada às adolescentes previamente selecionadas e mediante assinatura do TCLE, que fazem acompanhamento de pré-natal na unidade básica de saúde 08 de Ceilândia, e irá utilizar a seguinte pergunta norteadora: “Como você tem vivenciado a experiência da gestação neste momento?”.

A coleta de dados por sua vez foi realizada em local e horário definidos pelas participantes da pesquisa. Essa pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 que descreve como as pesquisas com seres humanos devem ser realizadas, de forma que o indivíduo seja respeitado e estabelecendo uma relação, pesquisador-participante, de êxito, com isso, a participante do estudo terá liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem ônus e prejuízos morais.

A coleta dos dados deu-se com 8 participantes que faziam acompanhamento de pré-natal em uma unidade básica de saúde e Ceilândia, previamente selecionadas e mediante assinatura do TCLE, obedecendo as seguintes etapas: divulgação da pesquisa; convite para pesquisa; abordagem às escolhidas para a pesquisa, onde foram levados em conta os seguintes critérios de inclusão: adolescentes cujos responsáveis aceitaram livremente sua participação no estudo e que assinaram o TCLE; adolescentes com idade igual ou acima de 13 e 18 anos de idade que fazem acompanhamento de pré-natal na unidade de saúde selecionada.

Após a coleta dos dados, o próximo passo foi a análise dos dados, o qual para esse estudo utiliza-se a análise conforme preconiza ⁷. Analisar os dados significa trabalhar as informações obtidas a fim de evidenciar aspectos existentes dentro do fenômeno estudado.

Resultados e Discussão

Para a apresentação dos resultados e relatório final utilizou-se a forma de categorização dos dados. Assim, este estudo apresenta os resultados com 6 categorias conforme a seguir.

Reação ao descobrir a gravidez

O discurso das participantes revela surpresa, susto e medo ao descobrir a gravidez, já que não havia sido planejada, mas que mesmo assim mostra a disposição da adolescente em lidar com a situação ao mesmo tempo em que se evidencia a indecisão de como lidar com a gestação.

A minha reação foi, eu fiquei com medo quando eu descobri, muito medo, aí eu pensei em tomar remédio, mas aí eu pensei né, e... aí eu não tomei o remédio né, o Guilherme (namorado) ele ainda fez o remédio pra eu beber, só que aí ele ficou falando várias coisas né, aí eu acabei decidindo não tomar o remédio [...] (E.1)

Olha, assim, não foi algo tão ruim porque eu já estava planejando casar né, eu caso em dezembro agora, mas não era algo que eu queria antes do casamento, então por um lado não foi planejado, mas se veio... estou feliz (E.3)

Eu levei um susto danado. Sabe aquelas coisas que a gente acha que só acontece com os outros? Aí eu assustei (E.6)

Fiquei sem saber o que fazer. Mas essa é uma coisa que não tem como voltar atrás (E.8)

A gestação é uma fase importante na vida de qualquer mulher, é um momento de diversas mudanças, tanto físicas como também psicológicas, podendo até mesmo, ser comparada com o período da adolescência. A mulher passa a ter um corpo que se transforma a cada dia e que sofre várias alterações emocionais, durante esse período, a mulher pode ficar mais vulnerável, e, em termos de saúde emocional, ela pode emergir mais fortalecida e amadurecida, ou, então, mais enfraquecida ou confusa. Por isso, esse período é tão especial para a mulher, seu parceiro e demais membros da família, pois a mulher não somente passa por mudanças em seu corpo, mas ela passa por mudanças também no modo de viver e enxergar o mundo, já que ela está sendo preparada para trazer uma vida ao mundo. Portanto, em decorrência dessas diversas transformações no corpo e na mente da mulher, é de suma importância o acompanhamento médico e psicológico durante a gravidez ⁸.

A gravidez induz diversas modificações no corpo da mulher, o organismo materno é "obrigado" a sofrer uma série de adaptações, adaptações essas, atribuídas ao turbilhão de hormônios que o corpo da mulher está exposto, e essas mudanças são necessárias para que o feto tenha um desenvolvimento saudável e dentro dos padrões de normalidade ⁹.

A identidade da adolescente, muitas vezes, ainda em formação, passa por uma forte mudança durante o período gestacional, já que a mesma deve migrar para uma nova identidade e agora assumir seu papel de mãe, período esse que pode trazer conflitos para a vida da adolescente, dúvidas e anseios também poderão acompanhá-la e se associarão a transição de sua identidade, além, ainda, da cobrança social que a mesma terá a partir do momento que assumir seu novo papel ¹⁰.

Reação dos familiares

O relato das entrevistadas evidencia uma insegurança por parte das mesmas ao revelar a gravidez aos seus familiares, entretanto, logo resultou em uma boa aceitação da família.

Eu nem contei pra ela (mãe), foi as pessoas que contaram pra ela, ela já ligou falando: Já fez o pré-natal? Não sei o quê...Ai ficou falando, perguntou se eu estava mesmo, eu falei que sim (E.2)

[...] ela (mãe) já ligou dizendo que era pra mim vim pra cá, eu não morava aqui, eu morava no Tocantins, ai ela já ligou falando pra mim vim pra cá, eu e meu marido, pra trabalhar aqui e tal, ai eu vim pra cá, mas ela... eu não sei, mas acho que ela gostou. (E.3)

Olha, assim, eu achei que foi até uma reação atípica, porque eu imaginei que pelo menos a minha mãe derrubaria a casa... não aceitaria e tal, mas foi todo mundo muito receptivo com a ideia (E.5)

A minha sogra, minha mãe, todo mundo assustaram bastante, demorou para aceitarem. E elas aceitarem ajudou bastante. (E.8)

Hoje, a gravidez na adolescência é vista como uma questão polêmica, pois a sociedade não associa o exercício da sexualidade na adolescência à vida reprodutiva, até mesmo pelas condições de vida que esses jovens estão inseridos, uma condição, que, normalmente, não está adaptada para receber um filho. Diante desse cenário, é mais adequado que a gravidez na adolescência seja vista como um ponto de reflexão, pois esse “desvio” na cronologia humana pode ser resultado de diversas experiências de vida que irá resultar em diversos desfechos. Geralmente, a gravidez na adolescência não é planejada, muitas vezes é indesejada e decorrente da falta de conhecimento de métodos contraceptivos. Entretanto, nem sempre são estes quesitos que determinam a ocorrência da gravidez e da maternidade nessa faixa etária, pois as motivações individuais da adolescente não podem ser desconsideradas, e nem mesmo as suas condições sociais, considerando que a incidência da maternidade na adolescência pode sim ser influenciada por fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos ¹¹.

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) registrou em 2014 que no Brasil houve 3.026.548 nascimentos, nos quais 21,9% eram de mães adolescentes (idade entre 10 e 19 anos). De acordo com algumas análises, meninas residentes de municípios com alto índice de pobreza, com menor acesso a consumo de bens, residentes em regiões de pouca oferta de suporte educacional e de saúde estão mais suscetíveis a serem mães adolescentes ¹².

A gravidez é algo decorrente do desenvolvimento humano, entretanto, revela complicações ao ocorrer durante a adolescência, pois envolve a necessidade de mudança de identidade e nova definição de papéis, caracterizando assim, uma rápida passagem do papel de filha para o papel de mãe, trazendo consigo as responsabilidades que uma adulta e mãe possuem. Com isso, a maioria das adolescentes são despreparadas física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel, além do mais, clinicamente, a gravidez precoce está associada ao aumento de intercorrência obstétricas, como:

morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer¹⁰.

O fato de muitas destas gestações terminarem em abortos provocados que, muitas vezes, são realizados em condições inadequadas, e que na maioria das vezes evoluem para hemorragia, perfuração uterina ou infecção contribui para o aumento da mortalidade materna neste grupo etário, além de associar a gravidez na adolescência a um desafio para a saúde pública. Com tudo isso, ainda existe a possibilidade de riscos psicossociais, uma vez que a maternidade pode influenciar no abandono escolar e dificultar o acesso ao mercado de trabalho, além da possibilidade da gestação na adolescência não ser aceita pela família e/ou pelo parceiro, criando uma situação de desamparo para a mãe, vulnerabilizando-a.¹¹

Um cenário, por vezes comum, durante a gravidez na adolescência é a não aceitação da família, criando uma situação de vulnerabilidade para a futura mãe, caracterizando uma situação crítica para a vida da adolescente. Contudo, pode-se afirmar que o apoio à adolescente, de forma que ela possa se adaptar e se firmar no seu novo papel, agora, de mãe, representa um suporte essencial, que favorece até mesmo a retomada de projetos pessoais e planos futuros⁵.

Diálogo com os pais sobre sexo

O discurso das entrevistadas revelou a falta de um diálogo mais aberto das mesmas com os seus familiares a respeito de sexo, evidenciando, por parte dos pais, um papel de impositor e não de educador

Ela falava assim (mãe), não arrumar menino cedo essas coisas que mãe fala, mas eu nunca tive essa relação de falar sobre tudo com ela. (E.1)

Eles alertavam, mas não era uma coisa que eu me sentia confiável em conversar entendeu? (E.3)

Eu tinha muito medo, eles conversavam, mas colocavam muito medo... 'ah, se você não for mais moça você não mora mais aqui' entendeu?! Eram coisas desse tipo, por isso que eu falo que quando eu falei pra minha mãe, a reação dela foi tipo, muito diferente do que eu imaginava ser. (E.6)

Então, eles falavam muito superficial sobre o assunto, mas não te davam chance de perguntar nada, aí faltou mesmo a confiança de ir lá e contar as coisas. (E.7)

A sexualidade na adolescência é uma descoberta, que se manifesta em surpreendentes sensações corporais e em desejos ainda desconhecidos, além de evidenciar a necessidade do indivíduo em estabelecer novos relacionamentos sociais, tornando-se um assunto que ganha um foco especial por parte dos jovens, envolvendo uma grande preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos¹¹.

Durante essa fase, a identidade de sexo e gênero está passando por um processo de consolidação, evidência essa que demonstra que o jovem precisa de apoio, compreensão e informações claras. Necessita, ainda, de suporte afetivo e de espaços para fazer seus questionamentos, reflexões, além da garantia de ter diálogos, favorecendo o desenvolvimento de seu potencial pleno, como um indivíduo inserido na sociedade. Os pais podem desempenhar um papel importante na socialização sexual dos seus filhos, educando e conversando com

os jovens sobre sexualidade, esse acompanhamento por parte dos pais, através de diálogos, aconselhamentos e espaço para o jovem questionar sobre o comportamento sexual pode ser determinante para evitar uma gravidez não desejada, o surgimento de infecções sexualmente transmissíveis ou até mesmo a ocorrência de outros eventos traumáticos, que possam comprometer, de forma significativa, o psicológico desses jovens e até mesmo a sua vida social¹³.

A adolescência é um período que marca o despertar da sexualidade na adolescência, por vezes associado a uma aglomeração de falta de informação. Portanto, os pais tem grande função neste momento de acompanhá-los, instruindo no que for preciso, entretanto, por não possuírem informação ou até mesmo pelo acanhamento em falar sobre sexo com seus filhos, não transmitindo a orientação sexual adequada, contribuindo, muitas vezes, para o surgimento de danos aos filhos¹⁰.

Mudanças ocorridas após a descoberta da gravidez

A partir dos relatos das adolescentes notou-se que houve mudanças tanto físicas como psicológicas, onde nota-se a dificuldade de uma em relação a problemas físicos e o reconhecimento da outra de que precisa assumir um novo papel.

Nossa! Muita coisa, eu fiquei sem saber o que fazer. Só que foi bom e ruim pra mim também né?! Porque também eu estava querendo e não estava, [...] Porque eu sempre quis ter um filho e tal, ai quando eu descobri que estava ai várias pessoas ficavam duvidando, até que eu descobri! Foi muito ruim no começo, eu sofri muito assim, por causa do enjoo, essas coisas sabe? Passei muito mal, ai também fiquei doente, de umas doenças ai, mas eu já estou bem. (E.1)

Eu acho que a responsabilidade, você acaba tendo que criar mais responsabilidade, por mais que eu já me achava uma pessoa muito madura, mas é um mundo totalmente diferente, começando do meu corpo que transformou (E.2)

Ainda não caiu a ficha, sabe? Estou vivendo um dia de cada vez. Tive que deixar a escola (E.4)

Estou passando maus pedaços, porque eu não preveni, né? Eu esqueci de tomar o anticoncepcional e agora estou aqui com essa barriga, sem saber o que fazer (E.7)

Definida como uma fase do ciclo vital, e até mesmo como um ápice na história de vida de qualquer ser-humano, a adolescência é definida a partir do surgimento da puberdade e a partir daí inicia-se diversas transformações no âmbito físico até o desenvolvimento completo do corpo, com limites etários estabelecidos, diferenciando-se entre homens e mulheres, e com diversas mudanças, não só corporais mais também psíquicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos de idade, caracterizada por mudanças sociais,

psicológicas e físicas aceleradas, sendo estas últimas características próprias da puberdade ¹⁴.

As transformações físicas que ocorrem nos adolescentes, são decorrentes do início da puberdade, que é um fenômeno fisiológico individual e que varia de pessoa para pessoa, a puberdade tem por característica o crescimento corpóreo e mudanças que geram maturação sexual, conquista de funções e características do corpo adulto, e novas formas físicas e estéticas, que são desencadeadas por uma hermética inter-relação de vários órgãos e fatores neuroendócrinos ¹⁵.

A adolescência também envolve desenvolvimento psicológico e emocional, trazendo assim, mudanças que podem atingir a auto-imagem e relações com o próprio corpo, além disso, ocorrem novas formas de interação e inserção social, pois os adolescentes sentem a necessidade de se “encaixar” em algum grupo, surgindo assim, novas manifestações no modo de pensar, sentir e comportar-se. Em virtude do desenvolvimento da maturidade física e emocional, a inserção no mundo adulto, do trabalho e de novos exercícios da sexualidade, que envolvem uma complexa relação físico-psico-social, determinam a adolescência como sendo um fenômeno bastante enigmático.

Ao analisar fatores psicológicos, evidencia-se o fato de que neste momento de gestação a adolescente passa a ter noção de que irá vivenciar simultaneamente dois fenômenos essenciais ao desenvolvimento humano: o ser adolescente e o ser mãe. A maternidade na adolescência geralmente vem acompanhada de uma variedade expectativas e responsabilidades, juntamente com um “espaço aberto” para a composição e consolidação de uma nova identidade ¹⁶.

Sentimento relacionado a gravidez

Neste momento os relatos das adolescentes foram acompanhados por um sentimento de medo e de preocupação, demonstrando insegurança, relacionada ao novo papel de mãe e como isso poderia afetar o seu futuro.

Minha esperança é esse pré-natal eu estou com medo! Porque eu não sei nem o que vai ser assim, eu ‘meu Deus como que eu vou cuidar desse menino?’ sei nem pegar no menino direito. (E.3)

Com medo... De não estar preparada, de não ser uma boa mãe, e é de que tudo vai... ser muito novo, entendeu? (E.4)

E aí como eu também estou fazendo faculdade, fiquei meio assim será que eu vou conseguir terminar? Será que eu vou parar? (E.7)

Eu vou ser sincera, estou com medo demais. Mas agora é seguir, né? (E.8)

Com relação ao acesso ao pré-natal, o mesmo deve ser conceituado como o atendimento multidisciplinar e integral à mulher grávida, que tem o objetivo de oferecer a futura mãe total apoio e suporte, de forma que possa prevenir e identificar possíveis anormalidades maternas ou fetais, tem por objetivo também instruir a gestante quanto a sua gravidez, ou seja, colocar em prática em educação e saúde, além de promover um suporte psicológico ao companheiro e a família. A assistência pré-natal deve ter início em fase inicial da gestação, assim as medidas profiláticas podem ter alcance maior, e o tratamento de possíveis anormalidades pode ser efetuado antes de possível comprometimento do feto, o

atendimento deve ser periódico e contínuo, a unidade de atendimento deve possuir recursos humanos treinados e preparados, pois a participação de profissionais capacitados que exercem o cuidado e utilizam de uma visão apurada e ampliada pode contribuir significativamente para a diminuição de índices de mortalidade materna e fetal ¹⁷.

Assumir o papel de mãe por vezes vem acompanhado pelo despreparo das adolescentes, associado ao desconhecimento sobre desenvolvimento infantil, fatores esses que podem contribuir para incidência de dificuldades e inseguranças por parte das jovens mães ¹⁸.

Perpectiva de vida após o nascimento do filho

O relato das participantes traz consigo um sentimento de “mundo novo”, onde as mesmas não conseguem visualizar como será o andamento das suas vidas após a chegada do bebê.

Nossa, eu não me vejo, ‘vei’ eu fico com medo na hora de banhar, eu fico pensando ‘meu Deus, como que vai ser? Se eu machucar essa criança e ‘tals’, sempre tem um... medo, [...] nossa, eu não sei, sei lá, eu só imagino (E.2)

Eu com ele assim, sei lá... Feliz com ele, eu acho que quando eu ganhar vai ficar tudo ‘mais melhor’... não sei, pode piorar também né?! (E.5)

[...] é um mundo totalmente diferente, é algo novo, então... ainda não consigo imaginar, eu tento imaginar, mas eu não consigo chegar a uma conclusão (E.6)

Vai ser uma vida repleta de responsabilidades e é isso aí. (E.8)

A gravidez na adolescência atinge todas as classes sociais, atinge meninas de baixa renda e atinge meninas brancas de alta renda. Contudo, ela apresenta marcadores de desigualdade de geração, de raça, de classe muito específicos, sendo mais frequente justamente nos grupos de maior vulnerabilidade social, pontuou o estudo apresentado no primeiro encontro presencial da Sala de Situação sobre Violência baseada em Gênero ⁵.

As meninas e adolescentes pobres sentem o peso da estrutura social que se apresenta com a chegada da maternidade. Depois que se torna mãe, perdem-se direitos: a adolescente não tem mais direito a estudar, a sonhar com uma carreira, a entrar no mundo do trabalho. Esse percurso de sonhos, de formação, de desenvolvimento, é interrompido pela maternidade ¹.

A visualização de si mesma no futuro, geralmente, durante o período de gestação, sofre mudanças, já que as mães adolescentes precisam se adaptar a uma nova perspectiva de vida ¹⁵.

Considerações finais

Este estudo atendeu aos objetivos propostos e mesmo sendo a gestação algo natural da vida de uma mulher, sendo o que geralmente acontece em algum momento de seu desenvolvimento; contudo, ainda há uma certa “estranheza” e um pouco de desconforto quando a gestação vem durante a adolescência, já que socialmente a adolescência está ligada a um período de transição até a vida adulta e conseqüentemente, consolidação da identidade do jovem. Dessa forma, o relato de ambas participantes explicitou a presença do medo e até mesmo a insegurança

das mesmas de como seriam suas vidas após o nascimento do filho, mas mesmo com essa situação notou-se que o sentimento materno já era parte de suas identidades que, ainda em formação e com alguns questionamentos, vinha se ajustando no interior das futuras mães.

De acordo com relatos, as participantes da pesquisa encontraram em seu seio familiar o apoio de sua família, mesmo que em algumas narrativas, foram descritas situações de desconforto e conflito dentro de casa. As participantes afirmaram que nunca tiveram uma relação aberta e esclarecedora com os pais a respeito de sexo ou riscos que uma negligência poderia acarretar, sendo esse um fator esse evidencia sérias dificuldades de diálogo a respeito de sexo entre pais e filhos, e que mesmo diante da evolução do século atual os pais ainda se sentem desconfortáveis em tratar sobre o assunto com os seus filhos ou tratam de um modo intimidador, como também nos foi relatado nas entrevistas.

Durante a realização da pesquisa, observou-se muito despreparo das jovens mães em relação ao assunto. A insegurança e medo das entrevistadas em relação à gestação nortearam a pesquisa o tempo todo.

Este estudo não pretende finalizar concluindo ou fechando a temática com análises precipitadas. Mas coloca à frente alguns questionamentos em relação à problemática exposta e convida os profissionais da área para dispensar atenção necessária a este público, aos familiares de adolescentes e aos educadores.

Partindo do pressuposto de que os profissionais da saúde têm um papel importante na formação e desenvolvimento social das pessoas, que além de prestar a assistência precisam se comprometer a questão em discussão.

É necessária uma atenção maior a este público e estimular os pais a terem um diálogo aberto e elucidativo junto aos seus filhos, já que eles são grandes contribuintes para a formação de uma identidade consciente nos mesmos.

Os profissionais da saúde em geral possuem um papel importante e direcionador para com essas jovens mães. Mesmo sendo satisfatórias, que atendem aos padrões do pré-natal é preciso mais. É preciso que o perfil educador do profissional de saúde seja explorado, afim de fortalecer uma relação efetiva, esclarecedora e de muita confiança com a paciente.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. ZUGAIB M, RUOCCO R. Pré-Natal. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2016.
2. MOREIRA TMM, et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Fortaleza, CE; 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília, DF; 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf. Acesso em: 07/0123/2022.
4. SILVA T, TONETE VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Revista Latino Americana

de Enfermagem. 2016;14(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a08>. Acesso: 01/03/2023.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica. Brasília, DF; 2017.

6. Husserl E. Investigações Lógicas: 6ª. Investigação. São Paulo: Nova Cultural; 2001.

7. MINAYO, MC de L. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. Petrópolis: Vozes; 2001.

8. SILVA EAT. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. São Paulo; 2019. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_par_to_programas_intervencao.pdf. Acesso em: 11/04/2023.

9. BONADIO IC, TSUNECHIRO MA. Diagnóstico de gravidez. In: BARROS SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri, SP: Editora Manole; 2016.

10. MOREIRA TMM, et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Fortaleza, CE; 2022.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica. Brasília, DF; 2017.

12. BORGES ALV, FUJIMORI E, et al. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri, SP: Editora Manole; 2019.

13. BRILHANTE AVM, CATRIB AMF. Sexualidade na adolescência. Fortaleza, CE: Atlas; 2021.

14. SOARES. In: BORGES ALV, FUJIMORI E, et al. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri, SP: Editora Manole; 2021.

15. MANDÚ ENT. Adolescência: Cuidados em saúde nessa fase do ciclo vital. In: FERNANDES RAQ, NARCHI NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Editora Manole; 2020.

16. DIAS ACG, TEIXEIRA MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Rio Grande do Sul: Sextante; 2020.

17. Lacava RMVB. Consulta de enfermagem no pré-natal. In: BARROS SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri, SP: Editora Manole; 2016.

18. BIGRAS M, PAQUETTE D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. Ciência e saúde coletiva [online]. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/07.pdf>. Acesso em: 06/11/2022.

Autor de correspondência

Leila Batista Ribeiro

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil, 02 - S/N. CEP: 71916-000. Águas Claras.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

profaleilaribeiro@gmail.com

Análise do conhecimento da escala de coma de glasgow em acadêmicos de enfermagem cursando o último e penúltimo semestres

Analysis of knowledge of the glasgow coma scale in nursing students in their last and penultimate semesters

Análisis del conocimiento de la Escala de Coma de Glasgow en estudiantes de enfermería del último y penúltimo semestre

Isabella Fernandes Messias¹, Maria Clara Rodrigues de Oliveira², Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte³, Geraldo Jeronimo da Silva Neto⁴, Lays Fernandes Messias⁵

Como citar: Messias IF, Oliveira MCR, Duarte LCAC, Neto GJS, Messias LF. Análise do conhecimento da escala de coma de glasgow em acadêmicos de enfermagem cursando o último e penúltimo semestres. 2023; 12(4): 959-63. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p959a963>

REVISA

1. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2517-4766>

2. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0007-3837-4189>

3. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9335-999X>

4. Centro Universitário do Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9135-9267>

5. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0002-7653-3885>

Recebido: 22/07/2023
Aprovado: 11/09/2023

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento da Escala de Coma de Glasgow em acadêmicos de enfermagem cursando o último e penúltimo semestres do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal Campus Águas Claras. **Método:** Este estudo utilizou-se abordagem quantitativa com o método descritivo, utilizando para coleta de dados um questionário com seis questões objetivas. **Resultado:** A pesquisa realizada com uma amostra de 20 acadêmicos de enfermagem, evidenciou que 80% demonstraram saber o que é avaliado na escala, porém constatou-se que apenas 20% entendem como utilizar de forma correta a escala de coma de Glasgow. **Conclusão:** a maioria dos acadêmicos possui conhecimento teórico sobre a Escala de Coma de Glasgow, entretanto possuem déficit na aplicação da escala.

Descritores: Escala de Coma de Glasgow; Estudantes; Enfermagem; Conhecimento; Coma.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of the Glasgow Coma Scale in nursing students in the last and penultimate semesters of Centro Universitário Planalto do Distrito Federal Campus Águas Claras. **Method:** This study used a quantitative approach with the descriptive method, using a questionnaire with six objective questions for data collection. **Results:** The research carried out with a sample of 20 nursing students showed that 80% demonstrated that they know what is evaluated on the scale, but it was found that only 20% understand how to correctly use the Glasgow Coma Scale. **Conclusion:** most students have theoretical knowledge about the Glasgow Coma Scale, but they have deficits in the application of the scale.

Descriptors: Glasgow Coma Scale; Students; Nursing; Knowledge; Coma.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento de la Escala de Coma de Glasgow en estudiantes de enfermería que cursan el último y penúltimo semestre del Centro Universitario Planalto del Distrito Federal Campus Águas Claras. **Método:** Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo con el método descriptivo, utilizando un cuestionario con seis preguntas objetivas para la recolección de datos. **Resultados:** La investigación realizada con una muestra de 20 estudiantes de enfermería mostró que el 80% demostró saber lo que se evalúa en la escala, pero se encontró que solo el 20% entiende cómo utilizar correctamente la Escala de Coma de Glasgow. **Conclusión:** la mayoría de los estudiantes tienen conocimientos teóricos sobre la Escala de Coma de Glasgow, pero tienen déficits en la aplicación de la escala.

Descritores: Escala de coma de Glasgow; Estudiantes; Enfermería; Conocimiento; Coma.

ORIGINAL

Introdução

A escala de coma de Glasgow (ECG) foi criada na Escócia em 1974, na universidade de Glasgow por Taesdale e Jennett. Na atualidade é referência para avaliação de nível de consciência em pacientes com suspeita de trauma crânio encefálico, avaliando-se 4 parâmetros: a resposta ocular, verbal, motora e reatividade pupilar.¹

Primeiramente é analisado a resposta ocular, podendo ter pontuação de 1 a 4, sendo: 4) abertura ocular espontânea do avaliado, 3) abertura após um estímulo verbal, 2) abertura após estímulo doloroso e 1) não existe abertura. O segundo parâmetro é a resposta verbal, recebendo pontuação de 1 a 5: 5) normal, 4) confusa, 3) presença de palavras inapropriadas, 2) palavras incompreensíveis e 1) nenhuma resposta. Logo após, a resposta motora é avaliada com pontuação de 1 a 6, sendo: 6) obedece aos comandos, 5) localiza a dor, 4) movimento de retirada, 3) flexão anormal dos membros, 2) extensão anormal dos membros e 1) nenhuma resposta. Assim sendo, a última avaliação é a resposta pupilar, realizada através de um estímulo luminoso, sendo subtraído: -1) não possui reatividade pupilar em um dos olhos; -2) não existe reatividade pupilar nos 2 olhos. Quando os dois olhos possuem a reação pupilar, não existe alteração na pontuação da escala permanecendo a soma dos 3 fatores avaliados.² Quando não for possível avaliar algum dos parâmetros da escala, deve-se atribuir a sigla NT (não testado) para que não haja divergência na avaliação.³

Ademais, a Escala de Glasgow é um dos principais métodos utilizado para a avaliação da gravidade do TCE (trauma crânio encefálico), sendo ele considerado um grande problema para a saúde pública do Brasil devido uma elevada ocorrência de casos, podendo ser classificado como leve, moderado e grave.⁴

Essa escala se faz necessária em vários setores críticos da assistência, como serviços de urgência e unidades de terapia intensiva, que os enfermeiros ao terem mais experiência e uma boa instrução conseguem utilizar a escala com maior acurácia e precisão.⁵

O ensino para acadêmicos profissionais de saúde é analisado continuamente, pois não é introduzido um método que conecte a realidade do cotidiano dos serviços de saúde com as temáticas trabalhadas na graduação, sendo necessário abordar matérias que correspondem à realidade dos profissionais de saúde, aperfeiçoando o atendimento à saúde da população e promovendo o progresso da sistematização de saúde.

É evidente que o entendimento do enfermeiro sobre a escala de Glasgow deve ser de suma relevância, pois, a falta de conhecimento sobre a escala resulta no prejuízo do atendimento ao público vítima de trauma sendo a aplicação realizada de forma capacitada e criteriosa para que não haja a inconsistência nos valores finais com objetivo de transmitir a fidedignidade real do estado do paciente para a equipe de profissionais capacitada.⁷ À vista disso, o estudo busca se debruçar na seguinte pergunta: Os acadêmicos de enfermagem do último e penúltimo semestre sabem aplicar a Escala de Coma de Glasgow?

Metodologia

Este estudo utilizou-se abordagem quantitativa com o método descritivo, utilizando para coleta de dados um questionário com seis questões objetivas, sendo quatro de múltipla escolha e duas verdadeiro/falso. O questionário utilizado garante o anonimato das respostas, permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente e não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

Após apresentação do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), a coleta de dados foi realizada no turno matutino, no Centro Universitário Planalto do Distrito Federal Campus Águas Claras, localizado em Brasília-DF.

O estudo foi realizado com uma amostra de 20 acadêmicos de enfermagem, sendo 15 do penúltimo semestre e 5 do último, tendo como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 18 anos, estar matriculado no curso de enfermagem e estar cursando o último e penúltimo semestre de enfermagem.

Os dados coletados ficarão arquivados por cinco anos como previsto na resolução nº 510 de 2016, sendo assim, após a finalização do tempo determinado ocorrerá a destruição dos dados, preservando o anonimato e garantido que não seja divulgada nenhuma informação dos participantes da pesquisa.

Resultados e Discussão

A partir dos resultados obtidos, com uma amostra de 20 acadêmicos de enfermagem do último e penúltimo semestre no Centro Universitário Planalto do Distrito Federal evidencia-se que observando a variável sobre o que é avaliado na Escala de Coma de Glasgow, 16 (80%) dos acadêmicos responderam corretamente, 12 (60%) responderam acertadamente sobre os parâmetros de avaliação da Escala de Glasgow e como prosseguir quando a condição do paciente impede a avaliação dos parâmetros, já sobre qual mensuração de lesão a Escala de Glasgow abrange, 15 (75%) dos acadêmicos responderam precisamente a questão, mas apenas 4 (20%) souberam aplicar de modo correto a Escala de Coma de Glasgow, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Análise do conhecimento da Escala de Coma de Glasgow por acadêmicos de enfermagem cursando o último e penúltimo semestres do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal Campus Águas Claras em maio/junho de 2023.

	Sim n	Não	Total
Sabe o que é avaliado na Escala de Coma de Glasgow	16	0%	00%
Possui conhecimentos sobre os parâmetros de avaliação da Escala de Glasgow	12	0%	00%

Como prosseguir quando a condição do paciente impede a avaliação dos parâmetros	12	0%	0%	0	00%	1
Sabe qual mensuração de lesão a ECG abrange	15	5%	5%	0	00%	1
Aplicação correta da Escalade Coma de Glasgow	4	0%	6	0%	0	00%

De acordo com as diretrizes curriculares do curso de enfermagem, a formação do enfermeiro deve assegurar qualidade, integralidade e atenção no atendimento, dessa forma, utilizando instrumentos que certifiquem um cuidado e assistência à saúde de qualidade, tendo como, conteúdos teóricos e práticos que constitui a assistência de enfermagem, de forma individual e coletiva.⁸

Sendo a Escala de Coma de Glasgow uma ferramenta de avaliação do nível de consciência utilizada em várias áreas por profissionais de saúde, os discentes de enfermagem do último e penúltimo semestre, demonstraram entendimento teórico sobre a Escala de Coma de Glasgow, porém na aplicação, apresentaram conhecimento insuficiente, com apenas 20% dos acadêmicos aplicando-a de forma correta, confirmando estudos realizados por Souza-Couto⁷, que retratam que os acadêmicos de enfermagem possuem déficit no uso da ECG.

A falta de conhecimento do acadêmico de enfermagem interfere negativamente nos serviços prestados, na segurança e no prognóstico dos pacientes quando enfermeiro já formado, conforme estudo realizado por Singh⁹, evidenciou em uma amostra realizada com 135 enfermeiros, que apenas 2,96% possuem bom conhecimento, 41,48% possuem conhecimento moderado e 55,56% possuem conhecimento ruim sobre a ECG. Além de Bidur¹⁰, Alhassan¹¹, Hien¹² relataram divergências entre o conhecimento teórico e prático da Escala de Coma de Glasgow por enfermeiros.

Considerações Finais

A maioria dos acadêmicos de enfermagem cursando o último e penúltimo semestre da graduação possui conhecimento teórico sobre a Escala de Coma de Glasgow satisfatório, entretanto compreende que os discentes possuem déficit no conhecimento prático da aplicação da escala.

O conhecimento sobre a Escala de Coma de Glasgow deve ser fornecido pelas universidades através de treinamentos teóricos e práticos que utilizem métodos onde conecte a real vivência do enfermeiro nos serviços de saúde com temas abordados na formação acadêmica, sabendo que, o conhecimento satisfatório da escala fornece eficiência, efetividade e eficácia na assistência à saúde.

Outros estudos serão necessários para o acompanhamento do conhecimento teórico e prático dos acadêmicos de enfermagem sobre a Escala de Coma de Glasgow

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1- Silva LCA. & Cunha J. Importância da atualização da escala de coma de Glasgow e inclusão da avaliação pupilar em sua aplicabilidade ao protocolo de Manchester. 2020. Anais do III Congresso Regional de Emergências Médicas (CREMED-CO). Disponível online em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/cremed/article/view/1481/1630>.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (avc) no adulto. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. -Brasília:Ministério da Saúde, 2020. 52 p.: il.
- 3- McNamara D. Escala de coma de Glasgow ganha atualização esclarecedora. 2018.
- 4- Fukujima MM. O traumatismo cranioencefálico na vida do brasileiro. Revista Neurociências, [S. GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999. GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar.], v. 21, n. 2, p. 173-174, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8175>.
- 5- Santos WC, Vancini-campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. 2016. Einstein (São Paulo),14(2),213-218. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S1679-45082016000200016.
- 6- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHISIS: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14(1):41-65.
- 7- Souza-Couto, D., SILVA, N. B. Da., CARDOSO, E. J. R., Health students' knowledge assessment on the Glasgow Coma Scale at the University of Minas Gerais. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e2410917798, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.17798.
- 8- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>.
- 9- Singh B, Chong MC, Zakaria MI, Cheng ST, Tang LY, Azahar NH, et al. Assessing nurses' knowledge of Glasgow coma scale in emergency and outpatient department. Nurs Res Pract. 2016 Dec 1;2016:8056350. doi: 10.1155/2016/8056350.
- 10- Bidur KC., Adil MZ, Knowledge of Glasgow Coma Scale among Nurses in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022 agosto; 60(252): 723-726. Publicado on-line em 31 de agosto de 2022. doi: 10.31729/jnma.7673
- 11- Alhassan A, Fuseini AG, Musah A. Knowledge of the Glasgow coma scale among nurses in a tertiary hospital in Ghana. Nurs Res Pract. 2019 Jun 24;2019:5829028. doi: 10.1155/2019/5829028.
- 12- Hien NT, Chae SM. The accuracy of Glasgow coma scale knowledge and performance among Vietnamese nurses. Persp Nurs Sci. 2011;8(1):54-61.

Autor de correspondência

Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte
Av. Pau Brasil - Lote 2. CEP: 71916-500 -
Águas Claras. Brasília. Distrito Federal, Brasil.
ligia.canongia@gmail.com